



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**OPIYAT KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN
HASTALARDA ÜSTBİLİŞLERİN
DUYGUDURUM, DÜRTÜSELLİK VE AŞERME
İLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Şima Ceren PAK

Antalya, 2018



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**OPIYAT KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN
HASTALARDA ÜSTBİLİŞLERİN
DUYGUDURUM, DÜRTÜSELLİK VE AŞERME
İLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Şima Ceren PAK

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mehmet Murat KULOĞLU

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir.”

Antalya, 2018

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi boyunca değerli bilgilerini benimle paylaşan, birlikte çalışmaktan onur duyduğum ve ayrıca tecrübelerinden yararlanırken göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı değerli danışmam hocam Prof. Dr. Mehmet Murat Kuloğlu'na,

Çalışmam boyunca benden bir an olsun yardımlarını esirgemeyen arkadaşım ve kıdemlim Dr. Ali Erdoğan ve Doktor Ebe Hacer Yalnız Dilcan'a

Bütün eğitimim boyunca bana yardımcı olan hocalarıma, birlikte çalışmaktan zevk aldığım asistan arkadaşlarıma; klinik-poliklinik hemşire ve çalışanlarına,

Çalışma süresince tüm zorlukları benimle göğüsleyen ve hayatımın her evresinde bana destek olan değerli annem Latife Clairac'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Kısaltmalar Dizini	ii
Tablolar Dizini	iii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Bilişsel Teori	4
2.2. Üstbilişsel Teori	4
2.3. Üstbilişlerin Sınıflandırılması	5
2.4. Üstbilişlerin Fonksiyonları	7
2.5. Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler Modeli	8
2.6. Uyum Bozucu Üstbilişlerin Sınıflandırılması	9
2.7. Üstbilişlerin Psikiyatrik Hastalıklardaki Rolü	10
2.8. Dürtüsellik	12
2.9. Madde Bağımlılığı	16
2.10. Aşerme	24
2.11. Aşerme ve Üstbiliş İlişkisi	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
4. BULGULAR	32
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	52
7. ÖZET	53
8. ABSTRACT	52
9. KAYNAKLAR	54
10. EKLER	64

KISALTMALAR DİZİNİ

TUBİM	Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5
SREF	Self-Regulatory Executive Function Model
BDS	Bilişsel Dikkat Sendromu
AMBAUM	Alkol ve MaddeBağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi
SCID-1	Structured Clinical Interview for DSM Disorders
BDÖ-11	Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11
ÜBÖ-30	Üst Biliş Ölçeği-30
MAÖ	Madde Aşırme Ölçeği
HADÖ	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
ANOVA	Analysis of Variance

TABLOLAR DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
4.1. Örneklem gruplarının sosyodemografik verileri	31
4.2. Hastaların askerlik, iş ve aile hayatına ilişkin özellikleri	32
4.3. Hastaların aylık gelirleri ve madde masrafları	32
4.4. Hastaların tedavi ve psikiyatrik hastalıklara ilişkin özellikleri	33
4.5. Hastaların madde kullanım yoluna ait özellikleri	33
4.6. Hastaların eroin kullanım özellikleri	34
4.7. Örneklem gruplarının HADÖ skorlarının karşılaştırılması	34
4.8. Örneklem gruplarının ÜBÖ-30 puanlarının karşılaştırılması	35
4.9. Örneklem gruplarının BDÖ-11 puanlarının karşılaştırılması	35
4.10. Yaş ile ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	36
4.11. Eroin kullanım süresi, dozu, aylık madde masrafı ve BDÖ ilişkisi	37
4.12. Hasta grubundaki klinik ölçeklerin birbirleriyle ilişkisi	37
4.13. Hasta grubunda MAÖ ile BDÖ alt ölçeklerinin ilişkisi	38
4.14. Hasta örnekleminde HADÖ ve BDÖ alt ölçeklerinin incelenmesi	38
4.15. Hasta grubunda BDÖ ve ÜBÖ alt ölçek skorlarının ilişkileri	39
4.16. Hastaların HADÖ-A skorları ile ÜBÖ alt ölçek skorlarının ilişkisi	40

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Türkiye ve dünyada sıklığı giderek artmakta olan uyuşturucu madde kullanımı yalnızca tıbbi değil, sosyal, hukuk ve güvenlik sorunlarının eşlik ettiği bir halk sağlığı problemidir. Bütün maddeler içinde ise opiyatların fazla miktarda tedavi arayışına sebep olması eroir (opiyat) kullanım bozukluğunu ele alınması gereken önemli sorunlardan biri haline getirmektedir.

Kessler ve arkadaşları tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada madde kullanım bozukluğunun yaşam boyu prevalansı %14-16,3 arasında bulunmuştur (1). 2011 Dünya Uyuşturucu Raporunda dünya genelinde 29.5 milyon kişinin (dünya popülasyonunun %0.6'sı) afyon ve türevi kullanıcısı olduğu ve bunlar arasında da en çok kullanılan ve sağlık sorunlarına neden olan uyuşturucu maddenin eroir olduğu bildirilmektedir (2). Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi'nin 2012 yılında yaptığı çalışma sonuçlarına göre; Türkiye'de 15-64 yaş grubu nüfusta herhangi bir yasa dışı bağımlılık yapıcı maddeyi en az bir kere deneme oranı %2,7'dir (3).

Opiyatlar isimlerini afyon (papaver somniferum) bitkisinden almışlardır. Opium, morfin, kodein doğal türevleri; eroir, hidromorfin, oksikodon, metadon ve meperidin ise sentetik türevleridir.

Eroir, damar içi enjeksiyon yoluyla, alüminyum folyo üzerinde ısıtılıp buharı solunum yoluyla çekilerek, sigaraya sarılarak ya da burundan çekilerek kullanılmaktadır. Eroine tolerans ve fiziksel bağımlılık çok hızlı gelişir ve idrarda 48 saate kadar saptanabilir özelliktedir (4).

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabında (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5) oniki aylık bir süre içinde, opiyatların istendiğinden daha büyük ölçüde alınması, opiyat elde etmek için zamanının büyük kısmını harcaması, yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan yineleyici opiyat kullanımı, opiyat kullanımı ile toplumsal ve kişilerarası sorunlar oluşması, tehlikeli olabilecek durumlarda opiyat kullanımı, belirgin olarak artan ölçülerde opiyat kullanım gereksinimi ve aynı ölçüde opiyat kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması opiyat kullanım bozukluğu olarak tanımlanmıştır (5). Görüldüğü üzere alkol ve madde

bağımlılığı duygusal, davranışsal ve bilişsel patolojilerin bir bütünü olarak kendini göstermektedir.

Alkol ve madde bağımlılığının da içinde bulunduğu farklı psikiyatrik bozukluklarda farklı boyutlarda bilişsel çarpıtmalar saptanmış olmakla birlikte opiyat (eroin) kullanım bozukluğu olan hastalarda bu konuda yeterli araştırma bulunmamaktadır.

Spada ve Wells'in alkol kötüye kullanımı olan üniversite öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada metakognitif modelin, alkol ile ilgili pozitif inanışlardan meydana geldiği öne sürülmüştür. Kişilerin negatif affektlerini düzenlemek için alkole başvurdıkları ve dolayısı ile üstbilişsel düzenlemelerinde yetersizlik meydana geldiği böylelikle de kişilerin daha fazla alkol kullanmaya başladıkları belirtilmiştir (6).

Yine Spada'nın 104 sigara kullanıcısı ile yaptığı bir çalışmada metakognitif modelin 3 boyutunun (endişe ile ilgili pozitif inanışlar, kontrol edilemezlik ve tehlike ve bilişsel güven) sigara kullanımı ile anlamlı ölçüde ilişkili olduğu bulunmuştur (7).

Diğer bir çalışmada yüksek seviyede uyum bozucu üstbilişlere sahip kişilerin alkol kullanmaya daha yatkın olduğu, bunun aksine uyum bozucu üstbilişleri eşik değerinin altında olan kişilerin negatif emosyonların kendisi ile baş etme yollarını seçtiği gösterilmiştir (8). Yapılan başka bir çalışmada ise 70 alkol kötüye kullanımı olan hastalara 6 seans metakognitif terapi uygulandıktan sonra 'düşünceleri kontrol etme ihtiyacının', 3 ve 6. aylardaki alkol kullanma oranı ile pozitif olarak ilişkili olduğu bulunmuştur (9).

Bir diğer çalışmada ise 70 madde kullanım bozukluğu hastası 70 sağlıklı kontrol ile karşılaştırılmış ve 'kontrol edilemezlik ve tehlike' ve 'düşünceleri kontrol etme gerekliliği' ölçütleri madde kullanıcılarında anlamlı ölçüde yüksek olarak bulunmuştur (10).

Tüm bu veriler, opiyat bağımlılığı, üstbilişler, dürtüsellik, duygudurum ve aşırma arasındaki ilişkiyi açıklamaya yönelik yapılacak diğer çalışmaların madde bağımlılığı alanında önemli gelişmeler sağlayacağını ortaya koymaktadır. Bu bilgiler ışığında çalışmamız; opiyat kullanım bozukluğu olan hastalar ile sağlıklı gönüllüleri üstbilişler, dürtüsellik ve duygudurum açısından karşılaştırmayı,

madde kullanıcılarında bunların aşırme ile ilişkisini saptamayı ve elde edilen verilerin koruma ve tedavi hizmetleri için klinik pratiğimizde uygulanmasını amaçlamaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.Bilişsel Teori

Psikiyatrik hastalıklar tarih boyunca insan hayatını etkileyen en önemli unsurlardan biri olmuştur. Psikopatolojilerin etyolojisi, sürdürümü ve tedavisinde daha net bir çerçeve oluşturmak amacı ile birtakım kavramsal bakış açıları geliştirilmiştir. Bunlar içinde psikoanalitik, biyolojik ve çevresel bakış açıları bulunmakla birlikte psikiyatrik bozukluklarda bilişsel, emosyonel ve davranışsal yaklaşımların kritik rol oynadığı son yıllarda yapılan birçok ampirik çalışma ile gösterilmiştir.

Kognitif teorilere göre; yaşanan olaylar sonrasında verilen duygusal tepkilere kişinin bilişleri aracılık etmektedir (11). Buna dayanarak olayların verilen duygusal yanıtlar üzerinde doğrudan etkisi olmadığı; esasında subjektif yorumların ve değerlendirmelerin duygusal yanıtları değiştirerek psikiyatrik bozukluklara neden olduğu ortaya çıkmaktadır (12). Kognitif ya da bilişsel teoriler psikolojik bozuklukları uyum bozucu şemalar, ara inançlar, düşünce hataları ve otomatik düşünceler ile açıklamaktadır (13).

2.2.Üstbilişsel Teori

“Kişi bir şeyi biliyorsa, o şeyi bildiğini bilir ve aynı zamanda o şeyi bildiğini bildiğini de bilir (1632-1677)” deyişi ile Spinoza’nın 17. yüzyılda bu kavramı ifade etmesine karşılık bu kavramın psikoloji alanında uygulamaya konulması 20. yüzyılın sonlarını bulmuştur.

Metakognitif teori olarak da bilinen üstbilişsel teori psikolojik bozuklukların etyolojisi ve sürdürümünde bilgi işleme özelliklerinin rol oynadığını öne sürer. Bilişsel teorinin aksine kişinin düşünce içeriğindeki hatalar ve şemalara odaklanmaz; bunun yerine bireyin uyum bozucu bilişsel stratejilerinin ve düşünce kontrolünün duygu ve davranışlar üzerine olan ilişkisini inceler (14).

Biliş ile üst biliş arasındaki fark; bilişin algılamayı, anlamayı, hatırlamayı ve buna benzer zihinsel süreçleri içermesi; üstbilişin ise insanın kendi algılaması, anlaması, hatırlaması ve bunun gibi zihinsel süreçleri hakkında düşünmesini içermesidir (15).

Kuramsal açıdan bakıldığında üst bilişsel yaklaşım, bireyin kendi düşünceleri hakkındaki düşüncelerinin nasıl oluştuğunu inceleyerek insan zihni hakkında daha kapsamlı bir model üretme çabasıdır (16)

İlk defa John Flavell metakognisyonu; bireylerin kendi öğrenme ve bellek süreçleri üzerindeki kontrolü olarak tanımlamış ve üstbilişsel bilgi, üstbilişsel deneyim ve üstbilişsel düzenleme olarak bölümlere ayrılarak çok boyutlu bir kavram olduğunu ileri sürmüştür.

Metacognition; ‘ötesi’ anlamına gelen ‘meta’ ve ‘bilişsel süreç’ anlamındaki ‘cognition’ kelimelerinden köken alır. Wells ve Matthews’a göre ise üstbiliş düşünme hakkında düşünme, neyi bildiğimizi veya bilmediğimizi farkında olma sürecidir. Üstbiliş; bireyin kendi bilişsel sistemi ve bu sistemi düzenleyen faktörler hakkındaki bilgisi, bilişlerin mevcut durumu ve düşünce ve anılara biçilen değer olarak tanımlanır.

Daha geniş bir şekilde üstbiliş; “kişinin kendi bilişsel ve emosyonel durumu hakkındaki bilgisi ve bu durumları bilinçli olarak izleme ve düzenleme yeteneğidir”(17).

Bir başka tanımlamaya göre; herhangi bir uyarana verdiğimiz tepkinin doğruluğu ve uygunluğu hakkındaki bilgimiz üstbilişleri oluşturur (18).

2.3.Üstbilişlerin Sınıflandırılması

Yapılan yeni araştırmalarda ve modellemeler çerçevesinde üst bilişin; üst bilişsel bilgi (metacognitive knowledge), üst bilişsel izleme (metacognitive monitoring) ve üst bilişsel denetleme (metacognitive control) olmak üzere üç yüzlü bir yapı olarak ele alındığı görülmektedir (19).

i) Üstbilişsel Bilgi (metacognitive knowledge); Bireyin kendi bilişsel yetenekleri, stratejileri ve görevleri hakkındaki bilgisidir. Üstbilişsel bilgiler, insanın kendi bilişsel özellikleri (kişi bilgisi) ile farklı bilişsel görevlerin doğasına ilişkin bilgileri (görev bilgisi) ve farklı bilişsel görevlerin üstesinden gelmeyi sağlayan olası stratejilerin bilgisini (strateji bilgisi) içermektedir (Flavell, 1979; 2000). Üstbilişsel bilgiler uzun süreli bellekte depolanmış bulunduklarından yapıları gereği görece olarak durağan bir niteliğe sahiptirler ve bildirimsel bilgilerdir (20).

ii) Üstbilişsel İzlem (metacognitive monitoring); Düşüncelere verilen değerler ile ortaya çıkan affektif deneyimler ve kognitif yaşantıların bilinçli olarak yorumlanmasıdır. Herhangi bir zihinsel olayla ilgili olan veya ona eşlik eden bilişler veya duygusal deneyimlerdir. Üstbilişsel deneyimler yürümekte olan işlem için; işlemin süreci, tamamlanması ile ilgili beklentiler ve idrak etme derecesi, yeni bilgiyi eski bilgi ile ilişkilendirme ve başka birçok durum ile ilgili içsel geri bildirim sağlar. Yeni veya zor işlemler veya stres altında gerçekleştirilmiş işlemler daha fazla deneyimi aktive etmesine rağmen, aşına olunan işlemler daha az üstbilişsel deneyim gelişmesini tetikler. Önemli sonuçları olan durumlar da güçlü üstbilişsel deneyimler oluşmasını sağlar. Eğer sonuç kayda değer ise birey karar ve yargılarını daha dikkatli bir şekilde izlemeye meyilli olur. Çatışma ve ikilem de aynı zamanda deneyimlerin yoğun olarak kaydedilmesi ile sonuçlanır. Tutarsızlıkların, farklılıkların ve karşıt örneklerin farkına varılması daha güçlü duygusal yanıtlara yol açar. Fiziksel veya ruhsal zorlanmalar gibi daha önemli durumlar da üstbilişsel deneyimlerin güçlü birer tetikleyicileridirler. Üstbilişsel deneyimler işlemlere karşı geliştirilen duygusal yanıtları da kapsar. Başarı veya başarısızlık, tatmin olmak veya hayal kırıklığına uğramak ve başka birçok duygusal yanıt, bireyin gelecekte benzer işlemlere karşı ilgi ve isteğini belirleyebilir. Üstbilişsel deneyimler özellikle bireye ‘bu cevabı neden seçtiği ya da neden bu yolu kullandığı’ sorulduğunda ortaya çıkarılabilir.

iii) Üstbilişsel Düzenleme (metacognitive regulation); bilişsel sistemi koordine eden yönetici süreçlerdir. Bu yönetici işlevler hata denetimi ve anıların kaynak kontrolü gibi işlemleri kapsayan aşağıdan-yukarıya çalışan ‘kognitif izlem ve inhibitör kontrol’ ve hata düzeltme ve planlama gibi yukarıdan-aşağı çalışan ‘bilişsel kontrol’ olarak ikiye ayrılır (14).

Bir diğer çerçeveyi ise Nelson ve Narens geliştirmiş olup; bilgi akışının üst-düzey (meta düzeyi) ve nesne-düzeyi olarak ikiye ayrılan düzeyler arasında çift yönlü olarak işlediğini öne sürmüşlerdir.

Nesneden üst düzeye olan akış ‘üstbilişsel izlem’ olarak adlandırılmaktadır. Burada nesne-düzeyi üst-düzeye bilgi aktarmaktadır ve bu verilerin toplanmasındaki temel araç bireyin öznel bildirimleridir. Bireyin kişilik

özellikleri, içinde bulunduğu durum (örn. madde etkisi) ve emosyonel yüklülük bu öznel bildirimde bilişsel çarpıtmalara neden olabilir.

Üst-düzeyden nesne-düzeyine olan akış ise ‘üstbilişsel kontrol’ olarak adlandırılmakta olup bilgi akışına dayalı olarak ve denetleme işlevi vasıtasıyla nesne düzeyindeki işlemin durumunu ya da işlemin kendisini düzenler. Bu düzenlemeyle bir işlemin başlaması, devam etmesi, değiştirilmesi veya durdurulması sağlanır (21).

2.4.Üstbilişlerin Fonksiyonları

1. Farkındalık;

- Kişinin kendi güçlü ve zayıf noktaları hakkında bilgi kazanması
- Kişinin stratejileri hakkında bilgi kazanması
- Kişinin durumlara bakış açıları ile ilgili bilgi kazanması

2. Değerlendirme;

- Görevin zorluğunu saptamak
- Durumun karışıklığını değerlendirmek
- Problemleri önceden saptamak
- Sonuçları değerlendirmek

3. Tahmin etme;

- Eylem ya da yanıtların potansiyel sonuçları hakkında tahminler üretmek
- Verilen kararlar doğrultusunda sonuçları planlamak
- Sınırlılıkları öngörmek

4. Beklenti;

- Eylem ya da yanıtın muhtemel sonuçları için geleceğe bakmak
- Belirli stratejiler kullanımında ortaya çıkacak olası sonuçları tanımak

5. Özkontrol

-Kendini izlem sonuçlarına dayanarak dışsal davranış ve yanıtları düzenlemek

- İşlemden öğrenilenleri kullanmak ve gerekli halde yanıtları değiştirmek
- Geribildirim kullanmak (Bewick 1995)

2.5. Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler Modeli

Üstbilişlerin psikiyatrik hastalıklardaki rolünü açıklamak amacıyla ‘Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler Modeli’ (Self-Regulatory Executive Function Model [S-REF]) öne sürülmüştür (22).

Bu model psikolojik hastalıkların etyolojisi ve sürdürümünde birçok konsepti ilk defa bir araya getirmiştir. Perseveratif düşünce stilleri, uyum bozucu dikkat ve disfonksiyonel davranışlar ‘Bilişsel Dikkat Sendromunu’ (BDS, cognitive attention syndrome) meydana getirmektedir. Bu örüntüde esnek olmayan biçimde kendine odaklı bir dikkat, saplantılı düşünme biçimleri (ruminasyon gibi), tehdit arama ve uyumsuz başa çıkma stratejisi seçimleri yer alır (23).

Bu modelde bireyler düşünce ve inançlarına yönelik iki bakış açısına sahiptir. Nesne biçiminde (object mode) kişi düşüncelerini ve algılarını olayların tam ve kesin temsilleri olarak görmekte ve değerlendiremez olarak kabul etmektedir. Üstbilişsel biçimde ise kişi düşüncelerinin ve algılarını değerlendirebileceğinin ve düşünce ve algılarının gerçekliğin doğrudan temsilleri olmayabileceğinin farkındadır.

Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler yapılanması dikkati benliğe odaklamakta, dışsal ve bedensel uyaranların ve bilişlerin kişi için anlamını değerlendirmektedir. S-REF etkinliği bireylerin kendi düşüncelerinin anlamlarını değerlendirerek düşünce stratejilerini seçerek uygulamalarına olanak sağlamaktadır (22).

Üstbilişsel bozukluklar en belirgin olarak zayıf kendini-izleme ve davranış, cevap ve tutumların farkındalığında yetersizlik ile kendisini gösterir. Üstbilişsel bozukluklar kişinin sosyal, ailesel, eğitimsel ve mesleki alanlardaki performansını negatif yönde etkiler. Azalmış özfarkındalık bireylerin bilişsel işlem ya da görevleri daha az talepkar ve zorlu olarak algılamasına dolayısı ile de daha az çaba göstermelerine ve performans sonuçlarını daha az gözlemlemelerine sebep olur. Devamında ise bu zayıf ya da etkisiz kendini-izlem süreçleri bireylerin yaşam stratejilerini düzeltme çabalarının yetersiz kalmasına sebep olur ve öğrenme süreçlerine daha da fazla ket vurur (24).

Model psikolojik bozukluklarda bireylerin olumsuz benlik bilgisine sahip olmalarının, uygun olmayan ve yetersiz üstbilişsel kontrol stratejileri kullanmalarının rolünü vurgulamaktadır (23)

2.6. Uyum Bozucu Üstbilişlerin Sınıflandırılması

Üstbilişlerin psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi incelenirken kişilerin bilişlerine dair olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançları ve bunlara dair beş boyut ele alınmıştır (25).

2.6.1.Pozitif İnanışlar

Düşüncelerin tekrarlanması bir sorun veya ikilemin çözülmesinde faydalı olabileceği inancıdır.

Kişi bilişlerini problem çözme yöntemi olarak görür, normal veya “iyi” olarak değerlendirir. Bu inanışlar ruminasyona neden olur ve böylece konu ile ilgili hoş gitmeyen duygulanımda artış meydana gelir. Ruminasyonlar kısır döngü şeklindeki düşünce paternlerine sebep olur.

“Endişelenmek gelecekte problemlerden kaçınmama yardım eder”, “İyi çalışabilmek için endişelenmem gereklidir”

2.6.2.Negatif İnanışlar (Kontrol Edilemezlik ve Tehlike)

Bireylerin negatif düşünce ve endişelerin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna inanmalarıdır.

“Düşüncelerimi kontrol etmeyi zor buluyorum”, “Endişelenmeye başlayınca durduramıyorum” ve “Benim için endişelenmek tehlikelidir”

2.6.3.Bilişsel Güven

Bireyin kendi dikkat ve hafızasına olan güvenidir. Güven azaldıkça kişiler dikkatlerini aşırı derecede kendilerine yöneltirler (kendine odaklı dikkat).

“Kötü bir hafızam vardır”, “Belli bir şeyi uzun süre aklımda tutmakta zorlanıyorum” gibi üstbilişsel inanışlardan oluşur.

2.6.4.Batıl İnanç ve Kişisel Sorumluluk / Düşünceleri Kontrol İhtiyacı

Kişinin bazı düşüncelere sahip olmasından dolayı ortaya çıkabilecek sonuçlardan korkması ve bunların sorumluluğunu üstlenmesi ile ilişkilidir.

Bu bireyler bütün negatif düşünce veya duygularını bastırmaya, inhibe etmeye veya bunlardan kaçmaya çalışırlar ancak bu çabaları hoşla gitmeyen bilişlerinin artmasına yol açar. Kişiler bilişleri geçici olarak bastırır ancak çoğunlukla daha yoğun bir şekilde bilişler geri döner.

“Endişeli düşüncelerimi kontrol etmezsem ve bu gerçekleşirse bu benim hatamdır”, “Belli düşüncelere sahip değilsem cezalandırılıyorum”

2.6.5.Bilişsel Farkındalık

Bazı bireyler düşüncelerini devamlı izlemeleri gerektiğine inanırlar ve dikkatleri kendilerine yönelir. Bu şekildeki dikkat artışı birtakım problemleri de beraberinde getirir. Dikkat artışı ile birlikte kişiler endişelere daha duyarlı hale gelirler ve hafif anksiyeteden ciddi panik durumlarına kadar değişen tablolar ile karşı karşıya kalabilirler.

Bilişsel farkındalık boyutu “belirli durum veya şartlardan uzaklaştıktan sonra duygusal yoğunlukta azalma olması” na benzerlik gösterir.

Bir olayı başka bir kişinin bakış açısından görmeye başladıktan sonra - veya bu olayın neden gerçekleştiği yerine nasıl gerçekleştiği sorusunu sormaya başladıktan sonra- negatif duyguların yoğunluğunda belirgin azalma meydana gelir.

“Düşüncelerim hakkında çok düşünürüm”, “Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm”

2.7. Üstbilişlerin Psikiyatrik Hastalılardaki Rolü

Doksanlı yılların başında bilişsel-davranışçı yaklaşımların psikolojik bozuklukları açıklaması ve terapi tekniklerindeki sınırlılıklar nedeniyle yürütülen tartışmaların bir sonucu olarak Wells ve Matthews (26)(27) ilk üstbilişsel kuramı ortaya atmışlardır (28). Son yıllarda, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk (29)(30); alkol kullanımı (9); şizofreni (31) gibi farklı

hastalıklarda üstbilişsel süreçlerin rolünü destekleyen sonuçlar elde eden çok sayıda çalışma yayınlanmıştır.

Üstbilişler veya inanışlar bazı durumlarda bireylerin uyumsuz başa çıkma stratejileri geliştirmesine ve psikolojik iyilik halinin bozulmasına yol açabilirler. Üstbilişler; ruminasyon gibi saplantılı düşünme, tehditlere karşı seçici dikkat, düşünceleri bastırmaya çalışma ve düşüncelerden kaçma gibi uyum bozucu kontrol yöntemlerinin kullanılmasını, dolayısı ile başa çıkma becerisinin kaybını ve olumsuz kendilik algısının oluşmasını sağlayarak psikiyatrik bozuklukları ortaya çıkarıcı ve sürdürücü bir rol oynar.

Üstbilişsel kurama göre, bilişsel modelin öne sürdüğü olumsuz düşünceler üstbilişsel inançların sonucunda ortaya çıkmaktadır. Birçok insanın olumsuz düşüncesi olabilir, ancak bireyler üstbilişsel inançlarına göre bu düşüncelere tepki gösterirler. Duygusal bozukluklar, olumsuz düşüncelere yönelik esnek olmayan ve tekrarlayıcı düşünce biçimlerine yol açan üstbilişler ve üstbilişsel düzenleme süreçleri sonucunda ortaya çıkmaktadır (14)

Bilişsel-davranışçı yaklaşımlar, psikolojik bozuklukları açıklarken sınırlı bir bilişsel süreç yelpazesine (dikkat gibi bilişsel süreçlerden ziyade düşünce ve kanaatlere) odaklanma eğilimi göstermektedirler. Tedavi sürecinde ise, kişinin bedensel ve sosyal benlik imgesi hakkındaki düşünce ve kanaatlerinin içeriğini değiştirmek önem kazanmakta ancak kendilik bilgisi (self-knowledge) ve kanaatlerin, kişinin kendi düşünceleri hakkındaki bilgisi gibi başka boyutlarını dışarıda bırakmaktadır. Bunlardan yola çıkarak üstbilişler psikolojik bozuklukların gelişmesinde ve sürmesinde etkili bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır (32)(33).

Bilişsel-davranışçı yaklaşımda, kanaatler ve onların bilgi işleme süreçlerine etkisi gibi anahtar unsurlar bilgi işleme terminolojisi ile yeterince açıklanamamakta ancak üstbiliş çalışmaları ile bu sınırların ötesine geçilebilmektedir (32).

Nelson ve arkadaşlarına göre göre üstbilişler nesne ve meta düzeyleri arasındaki dinamik bilgi akışını temsil etmektedir. Hem kontrol hem de izleme süreçlerindeki bozulmaların psikolojik bozukluklara neden olabileceğini öne sürmüşlerdir.(21) Örneğin, kontrol süreçleri; yeni bir eyleme geçerek, önceki bir

davranışı değiştirerek veya sürdürerek nesne düzeyini değiştirebilmektedir. Bu nedenle, işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerinin kullanılmasına neden olan kontrol sürecindeki bozulmalar veya yanlılıklar psikolojik rahatsızlıklara zemin hazırlamaktadır (23). Bir başka deyişle, bu önermelerle bahsedilen düşünce süreçlerinin bilişsel ve üstbilişsel olarak ayrımıdır. Bu ayrımdan hareketle, bir kişi düşüncelerini farklı düzeylerde deneyimleyebilmektedir (34).

Üst bilişsel yaklaşım, psikolojiye kendi düşüncesinin faili olan bir insan anlayışı getirerek önemli bir açılım olanağı sağlamaktadır. Zihinsel etkinlik nesne düzeyi (bilişler) ve üst düzey (üst bilişler) arasında izleme ve denetleme işlevleri vasıtasıyla sürekli yeniden inşa edilen bir süreç olarak tarif edilmekte; bu inşa süreci kişinin sözel bildirimleri yoluyla incelenmektedir. Böyle bir bakış açısı, örneğin kişinin bu eyleminin bir içsel konuşma olarak tanımlanması halinde, düşüncenin kendisiyle konuşarak kendini inşa etmekte olması fikrini getirerek yeni bir ontoloji ve epistemoloji üretme potansiyeli taşımaktadır (16).

2.8. Dürtüsellik

2.8.1.Dürtüsellğin Tanımı

Dürtü kelimesinin sözlük anlamı bedensel veya ruhsal dengenin değişmesi sonucu ortaya çıkan ve canlıyı türlü tepkilere sürükleyebilen içten gelen gerilimdir.

Dürtüsellik ise davranışsal, bilişsel ve nörofizyolojik yönleri ile karmaşık bir kavramdır. ‘Yetersiz olarak tasarlanmış, zamanından önce ortaya konulan, aşırı derecede riskli ya da duruma uygun olmayan ve çoğunlukla istenmeyen sonuçlar doğuran davranışlar’ olarak tanımlanmaktadır (35) (36). Barratt (37) ve Patton (38) tarafından ise dürtüsellik; davranışın bağlam ve sonuçlarına uymada yetersizlik olarak tanımlanmaktadır. Dürtüsellik normal davranışlarda da rol oynamakla birlikte mani, kişilik bozuklukları, madde kullanım bozukluğu ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi çeşitli psikopatolojilere eşlik eder.

Dürtüsellik; istemli olarak verilen cevabı erteleme ya da ketleme güçlüğü, kısa yanıt eşiği, derinlemesine düşünme eksikliği (lack of reflection) ve dikkat sorunları gibi çeşitli bilişsel ve davranışsal eğilimler olarak da tanımlanabilmektedir (39) Diğer bir yaklaşıma göre dürtüsellik; büyük ve

gecikmiş ödöl yerine küçük ve hemen gelen ödölü tercih etmek olarak tanımlanırken, “öz-denetim” kavramı ile tam tersi davranışın altı çizilmektedir. Dolayısıyla dürtüsellik ve öz-denetim aynı zihinsel sürecin iki ayrı yüzü olarak tanımlanmaktadır (39).

Davranışçı kurama göre dürtüsellik, mizacın bir bileşenidir. Kagan ve arkadaşları, dürtüsellige, ödölle davranışsal ve fizyolojik yanıtı belirleyen biyolojik inhibisyondaki bir bozukluğun yol açtığını öne sürmüşlerdir ve dürtüsel davranış daha az fakat hızlı ödöl, ertelenmiş ancak daha büyük ödölle tercih etme olarak açıklamışlardır (40).

Sosyal öğrenme kuramcıları, çevrede bulunan birbirinden bağımsız ve görece farklı öneme sahip uyaranlara verilen yanıtın, ödölle ulaşma yanıtını belirlediğini ve bu eylemin öğrenilmiş bir bileşeni de olduğunu belirttiler (40).

Bilişsel kuramın gelişimi ile dürtüsellğin sadece eylem değil, bilişsel bir bileşeni de olduğu öne sürülmüştür. Dürtüsellik, genetik temeli olan, inhibisyon ve karar almada rol oynayan beyin kısımlarının etkilendiği, öğrenilmiş davranışların da katkıda bulunduğu bir kavram olarak ele alınmıştır (41).

İşlevsel dürtüsellik; uygun olan durumlarda az miktarda öngörü ile harekete geçmeye meyilli olmak olarak tanımlanabilir. Bu bireyler daha hızlı çalışır ve hızlı olunması gereken görevleri az miktarda hata ile tamamlarlar. İşlevsel dürtüsellik ile ilişkili bazı özellikler içinde; heveslilik, aktiflik ve maceraperestlik sayılabilir. Bu bireylerin zeka seviyeleri yüksektir ve dürtüselliklerinden yararlandıklarını ifade ederler, daha üretkendirler ve risk alırlar. Fazla miktarda hata yapsalar da verilen göreve katkıları ile hata sayısı birbirini dengeler (42).

İşlevsel olmayan dürtüsellik; Herhangi bir durumda yeterince analiz yapılmadan davranışa başlama eğilimidir (43). Bu bireyler düzensizdir ve doğru kararlar verilmesi için gerekli bilgileri göz ardı ederler (42). Bir başka deyişle işlevsel olmayan dürtüsellik ‘devamlılığı olmamak’ şeklinde ifade edilebilir. Bu bireyler dürtüselliklerinden fayda görmediklerini ifade ederler.

Bireylerin genellikle kendi entellektüel ve sosyal yetenekleri hakkında sahip olduğu bilgiler kısıtlıdır. Ancak zeka düzeyi yükseldikçe kişiler üstbilişsel yeteneklerini daha fazla öngörebilirler (44). İşlevsel dürtüsel bireyler genellikle

daha yüksek özgüvene sahiptir Özgüven; ‘kendini değerlendirme’ için önemli bir faktördür. Bu bulgulardan yola çıkılarak işlevsel dürtüsel bireylerin kendi performansları ile ilgili yaptığı değerlendirmelerin doğruluk oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (42).

İşlevsel olmayan dürtüsel bireyler çevresel stresörlere işlevsel dürtüsel bireylere göre daha farklı tepkiler gösterirler. Bir çalışmaya göre stres altında iken düşük seviyede dürtüsellğe sahip bireylerin hız ve doğruluk alanlarında, yüksek dürtüsellğe sahip bireylere göre daha iyi performans sergilediği gösterilmiştir (45). Bazı durumlarda da stresör bir tehdit olarak görülmeyp meydan okuma olarak algılanırsa pozitif bir duygudurum hali oluşturabilir (46). İşlevsel dürtüsel bireyler stresi işlevsel olmayanlara göre daha farklı algılar, stresli görevlerde farklı tutumlar gösterirler ve farklı kişilik özellikleri stresli durumlarla daha verimli bir şekilde baş etmelerine yardımcı olur. İşlevsel dürtüsel bireylerin daha hevesli ve üretken olmaları dolayısı ile stres altındayken daha doğru kararlar alma eğilimindedirler

Artmış dürtüsellik; madde kötüye kullanımı, intihar davranışı ve diğer ciddi davranışsal problemlerle sonuçlanabilir (47). B kümesi, bağımlı ve şizotipal kişilik bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, yeme bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile başta bipolar bozukluk olmak üzere duygudurum bozuklukları, şizofreni, madde kullanım bozuklukları gibi çeşitli psikiyatrik bozukluklarla ilişkilidir (48) (49) (36). Davranışsal inhibisyon eksikliği bu psikiyatrik bozukluklar için ortak özelliktir (50).

2.8.2.Üstbilişler, Madde Kullanımı, Riskli Davranışlar ve Dürtüsellik İlişkisi

Bilgi analizi sürecinde, duygusal ve üstbilişsel etkenlerin bilişe etkisi olduğu savunulur. Bu duygusal değişimler, biliş ve değerlendirmeyi değiştirerek, belli davranışların ve duyguların ortaya çıkmasına yol açabilir. Ancak, heyecan arayışı olan kişilerde yeni tecrübeleri aramanın belirtilerinden biri, bir süre sonra bağımlılık yapacak maddeleri denemektir (51).

Çalışmalar dürtüsellikle ilişkilendirilen; heyecan arayışı, risk alma gibi kişilik özelliklerinin, nikotin bağımlılığı için risk faktörü olarak göstermektedir

(52)(53) (54)(55). Yüksek dürtüsellik düzeyi olan kişilerin psikoaktif maddeleri deneme ve belki düzenli kullanıcı olma ihtimalinin daha fazla olduğu düşünülmektedir (52). Esrar kullanımı ve aşırı alkol içme davranışı ile dürtüsellik arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada, esrar kullanan ve aşırı alkol içme davranışında bulunan bireylerin, yüksek düzeyde dürtüsel oldukları saptanmıştır (56). Bir diğer riskli davranışlardan olan madde kullanmayı denemek için de yine risk faktörü olarak kabul edilen dürtüsellik seviyesi, madde kullanan kişilerde, kullanmayanlara göre tipik olarak daha yüksektir. Benzer şekilde dürtüsellik seviyesi ile alkol ve yasadışı madde kullanım sıklığı pozitif yönde ilişkilidir (57)

Yapılan çalışmalarda kişilik yapısının üstbilişlerde rol oynadığı öne sürülmüştür. Nitekim dürtüsellüğün de bir kişilik özelliği olduğu düşünülürse, işlevsel dürtüsel ve işlevsel olmayan dürtüsel bireylerin üstbilişlere verdikleri cevaplar farklı olacaktır (44).

2.9.Madde Bağımlılığı

2.9.1.Tanım ve Tarihçe

Madde bağımlılığı biyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönleri olan tıbbi bir hastalıktır. Madde bağımlılığı, ilaç niteliğine sahip bir maddenin keyif verici etkilerini duyumsamak veya yokluğundan kaynaklanan huzursuzluktan sakınmak için, devamlı veya periyodik olarak madde alma arzusu ve bazı davranış bozukluklarıyla karakterize bir beyin hastalığı olarak tanımlanabilir (58)

Madde kötüye kullanımı alt kültürünün başlangıcı insanlık tarihi kadar eskidir. Birçok alt kültürde olduğu gibi madde kötüye kullanımı alt kültürünün ortaya çıkma, gelişme ve yayılmasında bağımlılık yapan ve kötüye kullanılan bu maddelerin mitolojik öykülerde, efsanelerde, ilkel dinlerin yanı sıra Hristiyanlık ve Yahudilik gibi tek tanrılı semavi dinlerde, edebi eserlerde ve şarkılarda yer almasının önemli bir katkısı vardır. İnsanlığın başlangıcından günümüze değin süren bu kültürel birikim toplumlarında madde kötüye kullanımına yatkınlık sağlayan bir ortak bilinç oluşturmuştur (58).

Madde bağımlılığı ve bağımlılık yapıcı maddeler 1960'lara kadar ciddi bir halk sağlığı problemi olarak görülmemiştir. Bu yıllarda, afyon ve esrar başta olmak üzere barbitüratların ve alkolün bağımlılık yaptığı ve madde kötüye

kullanımının bir davranış bozukluğu olduğu tıp literatürüne girmiş olmakla beraber bunun nedenleri, tedavisi ve önlenmesine yönelik ciddi çalışmaların 1980'lerden itibaren giderek arttığını görmekteyiz. Bunun en önemli nedenlerinden biri Amerika Birleşik Devletleri'nin Vietnam Savaşı sonrası ülkesine dönen 200 binden fazla opioid bağımlısı ile uğraşmak zorunda kalmasıdır.

2.9.2. DSM-5'e Göre Madde Bağımlılığı

Madde ile ilişkili bozukluklar 10 ayrı madde kümesini kapsar: Alkol, kafein, kenevir, halüsinojenler, uçucular, opiyatlar, dinginleştirici, uyutucu ve kaygı gidericiler, uyarıcılar, tütün ve diğer maddeler. Bu 10 küme tam olarak birbirinden ayrı değildir. Aşırı ölçülerde alınan her madde, ortak bir özellik olarak beyindeki ödül dizgesini doğrudan etkinleştirir, dolayısıyla davranışların pekişmesine ve anı oluşumuna katkıda bulunur, ödül dizgesini yoğun bir biçimde aktifleştirir.

2.9.3. Opiyatlar

Papaver Somniferium isimli gelincik ailesinden bir bitkiden elde edilen çiçek kapsüllerinin öz sütüne "rohoium" denir ve başta morfin olmak üzere içinde 20'ye yakın opium alkaloidi barındırır. Afyon ve benzeri maddelerin tümüne opioid adı verilir (59).

Doğal opiyatlar fenantren grubu ve benzilizokinolin grubu olmak üzere iki kimyasal grupta incelenir. Fenantren grubunda morfin, kodein ve tebain, benzilizokinolin grubunda ise papaverin, noskapin ve narsein bulunmaktadır. Yarı sentetik opioidler olan heroin ve hidromorfon doğal opioidlerden üretilmektedir. Sentetik opiyatlar ise methadon, meperidin, pentazosin ve propoksifendir. Bu maddeler güçlü bağımlılık oluşturdıkları için kontrole tabi olarak satılmaktadırlar (24).

Morfin

Oral, intravenöz ve derialtı yollarla kullanımı olan morfin, intravenöz verildikten 20 dakika sonra en güçlü analjezik etkisini gösterir. Yavaş absorbe

olması ve hızlı metabolize olması sebebiyle morfin oral yolla kullanılmamaktadır. Ciltaltı kullanımdan 1 saat sonra maksimum beyin konsantrasyonuna ulaşır ve ağrı kesici etkisi 1.5 saat kadar sürer. Ciltaltı kullanımda etki süresi intravenöz yolla kullanımdan daha uzun sürer.

Terapötik dozlarda morfin analjezi ve baş dönmesi meydana getirir. Normal kişilerde morfin keyif verici etki göstermez, aksine bulantı, kusma, disfori ve korkuya sebep olabilir. Normal kişilerde %10 öfori yaparken, morfin bağımlılarında %80 öfori meydana getirmektedir. Terapötik dozlarda istemli hareketleri yavaşlatır, uyuşukluk hali ve uyku yapar. Toksik dozlarda ise morfin beynin oksijen kullanımını inhibe etmektedir. Morfin solunum merkezini inhibe ederek solunum hacmini azaltır. Yüksek dozlarda morfin kullanımında Cheyne Stokes solunumu görülebilmektedir. Aynı zamanda miyotik bir madde olan morfinin bu etkisine tolerans gelişmez (60).

Eroin

Eroin, 1898 yılında Alman Bayern firması tarafından üretilmiştir. Morfinin yarı sentetik bir türevidir ve alkaloid yapıda bir maddedir. Diasetilmorfin ismi verilen eroin morfinden daha güçlü bağımlılık yapan bir maddedir. Morfinden daha güçlü analjezik etkisi olan eroin tek kullanımda bile bağımlılık yapma riskine sahiptir. vardır. Günlük ortalama kullanım dozu 0,5 gram olan eroine hızla tolerans gelişir (24).

Eroinin birçok yolla kullanımı mevcuttur. Sigaraya sarılarak, alüminyum folyo üzerinde ısıtılarak, intravenöz yolla ve burna çekilerek kullanılabilir.

2.9.4. Opiyatların Etkileri

Opiyatlar alındıktan kısa bir süre sonra etki göstermeye başlar. Etkisinin 4-6 saat sürmesi dolayısı ile günde en az iki üç kez kullanılması gerekir. Opiyatlar beyinde, medulla spinaliste, bağırsaklardaki sinir pleksuslarında, otonom sinir sisteminin diğer kısımlarında ve lökositlerde bulunan özgül nöronal reseptörlere bağlanırlar. Opiyat reseptörleri doğal opioid peptidler olan enkefalinler, dinorfinler ve endorfinlerin etkilerine aracılık ederler. Opiyat reseptör alt tipleri

Mu (μ), Delta (d), Kappa (K), ve Sigma reseptörleridir. İnsan vücudundaki etkilerini bu reseptörler üzerinden göstermektedirler (61)

Opiyat kullanımında öfori, ağrı hissinin kaybı, kalp ve solunum hızında yavaşlama, yüz kızarması, kan basıncında artma görülür ve pupiller miyotiktir, Kusma ve konstipasyon meydana gelir, onuşma yavaşlar, beden ısısı düşer. Karında orgazm benzeri kramplar olur (61). Eroin başlangıçta endişe, sıkıntı ve ruhsal gerginliği azaltır, öfori ve sedasyon yapar. Kişi uyuşuk bir hal alır ve zihinsel bulanıklık başlar. Düşünce akışını sürdürmek zorlaşır ve dikkatini odaklayamaz. Hareketlerde azalma, isteksizlik ve çevreye karşı ilgisizlik gelişir. Uzun süre kullanımda özbakım azalır, sosyal ilgi ve sevgi kaybolur, meslek terk edilir. Eroin libidoyu ve seksüel performansı azaltır, ereksiyon ve ejakülasyon olmaz (60).

Morfin ve eroin gibi kısa etkili maddelerin yoksunluk belirtileri 8-12 saat sonra görülmeye başlar. Disforik duygudurum, irritabilite, huzursuzluk, uykusuzluk esneme, terleme, piloereksiyon, rinore, lakrimasyon, dilate pupiller görülmeye başlanır. Daha ileri saatlerde ise kusma, ishal, ateş, artmış kan basıncı, nabız ve solunum hızı görülür ve genellikle 48 saatte bu belirtiler pik yaparak 7-10 günde akut yoksunluk semptomları kaybolur (24)

2.9.5.Opiyat Bağımlılığı

Gelişmiş ülkelerde, kötüye kullanıma ve bağımlılığa en sık eşlik eden opiyat madde eroindir. Eroin Amerika Birleşik Devletlerinde terapötik amaçlarla kullanılmayan bir maddedir. Eroin dışındaki opiyatlara bağımlılık en sık olarak, tıbbi bir tedavinin seyri esnasında bağımlı hale gelen kişilerde bu tip ilaçlara kolaylıkla ulaşabilen sağlık profesyonellerinde ve kullandığı ilaçları tıbbi sağlayıcılardan ve tedavi programlarından elde eden kişilerde görülür (24)

2.9.6. DSM-5'e Göre Opiyat Kullanım Bozukluğu Tanı Ölçütleri

12 aylık bir dönem içinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan sorunlu bir opiyat kullanım örüntüsü:

1. Opiyatlar, çoğu kez, istendiğinden daha fazla miktarda ya da daha uzun süreli olarak alınır.

2. Opiyat kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabalar vardır.

3. Opiyat elde etmek, opiyat kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.

4. Opiyat kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.

5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici opiyat kullanımı.

6. Opiyatın etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın opiyat kullanımını sürdürme.

7. Opiyat kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda opiyat kullanma.

9. Büyük bir olasılıkla opiyatın neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşın opiyat kullanımını sürdürülür.

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması: a. Esrikliği ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde opiyat kullanma gereksinimi. b. Aynı ölçüde opiyat kullanımının sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki sağlanması. Not: Yalnızca uygun tıbbi bakım altındayken opiyatları alanlarda bu tanı ölçütü karşılanmış olarak düşünülmez.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a. Opiyata özgü yoksunluk sendromu.

b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için opiyat (ya da yakından ilişkili madde) alınır. (5).

2.9.7. Diğer Maddeler

Esrar

Günümüzde en sık kullanılan yasadışı psikoaktif madde esrardır. Aynı zamanda sigara ve alkolden sonra en sık kullanılan maddedir. Hint kenevirinden elde edilir ve temel etken maddesi tetrahidrokannabinolün (THC) delta-9 izomeridir.

Etkileri 10-30 dakika içinde başlar ve 3-4 saat kadar sürer. Metabolitlerinin yarı ömrü 40-50 saat kadar olabilir bu yüzden uzun süre idrarda saptanabilir (62). Dış uyaranlara duyarlılığı artırır, zaman akışı algılamasını yavaşlatır, renklerin daha parlak görülmesini sağlar. Analjezi, hipotermi, konstipasyon gibi opiyat benzeri etkiler yapabilir (63). İştah artışı, taşikardi, ağız kuruluğu, konjunktivalarda kızarıklık ve koordinasyon bozukluğu yapar. Uzun süreli esrar kullanımını sonucu isteksizlik ve psikomotor retardasyonla karakterize bir distimik tablo ortaya çıkabilir. Özellikle paranoid sanrılar ön planda olduğu psikotik bir tabloya sebep olabilir (64).

Sentetik Kannabinoidler

Sentetik kannabinoid kullanımı son dönemde ülkemizde ve dünyada giderek artmaktadır. Bu artışın sebebi esrar benzeri etkilerinin olması ve rutin toksikolojik tetkiklerde saptanmasının zor olmasıdır (65). Sentetik kannabinoidler oral, rektal, inhalasyon yoluyla kullanılabilir, en sık kullanım yolu sigara biçiminde olmaktadır (66). Sentetik kannabinoid kullanımından sonra bazı kişilerde sedasyon görülürken, diğerlerinde ajitasyon, bulantı, sıcak basması, gözlerde yanma, ağız kuruluğu, midriyazis ve taşikardi görülür. Genelde nabız sayısını artırır ve kan basıncını yükseltirler. Konfüzyon, kaygı hali, halüsinasyonlar ve paranoid düşünceler, intihar düşüncesi gibi etkileri bulunmaktadır. Uzun süreli yoğun kullanım sonrası kişi sentetik kannabinoidleri bırakırsa kaygı, ölüm korkusu, uykusuzluk, kabızlık, bulantı, iştahsızlık ve paranoya ile karakterize yoksunluk belirtileri görülebilmektedir (67).

Amfetaminler

Amfetaminler, 1930'lu yıllardan beri tıp alanında yer alan maddeler olup son yıllarda amfetamin türevleri dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun tedavisinde kullanılmaktadır (68). Amfetaminler ödöl verici ve güçlendirici etkileri olan maddelerdir ve bu etkilerini mezolimbik ve mezokortikal yollarda dopamin salımını arttırarak gösterirler. Sinaptik aralıkta dopamin, serotonin ve norepinefrin konsantrasyonunu arttırması, amfetaminlerin kötüye kullanılmasının net etkisi olarak görülmektedir(69).

Daha önce amfetamin kullanımı olmayan birisinde düşük dozlarda, kendini iyi hissetme, öfori, insanlarla daha yakın ilişki kurma gibi etkiler gösterir. Ağrı eşiğini yükseltir, yorgunluk hissini azaltır ve iştahı baskılar. Dikkat ve performans artışı sağlar. Yüksek dozda ve uzun süre kullanımda ise bir çok olumsuz etkiye sebep olabilmektedir. Bunlar huzursuzluk, disfori, uykusuzluk, kaygı bozukluğu belirtileri, paranoid sanrılar, halüsinasyonlar, taşikardi, tremor, ataksi, çarpıntı, hipertansiyon, miyokard enfarktüsü, serebrovasküler hastalık, konfüzyon, koma ve ölüm olarak sayılabilir (70).

Halüsinojenler

Halüsinojenler içerisinde bir çok farklı grup bulunmakta olup liserjik asit dietilamidin, d-liserjik asit amin, psilosibin, dimetiltriptamin, meskalin, metilendioksiamfetamin (MDA) ve metilendioksimetamfetamin, fensiklidin, ketamin, atropin, skopalamın ve hiyosiyamin bazı bilinen halüsinojenlerdendir (71). Halüsinojenlerin etkileri depersonalizasyon ve derealizasyon gibi algısal bozulmalar, genellikle görsel olmak üzere halüsinasyonlardır. Halüsinojenler fiziksel bağımlılık yapmazlar ve kesilme belirtileri ortaya çıkarmazlar (69). Bu maddeler semptomimetik etkiler ortaya çıkarırlar. Kalp atımı ve kan basıncını arttırır ve iştahı azaltırlar. Midriyazis, bulantı, kusma, koordinasyon bozukluğu, ataksi diğer etkileri olarak sayılabilir.

Uçucu Maddeler

İnhalan maddeler (uçucu ya da çözücü maddeler olarak da adlandırılırlar) oda sıcaklığında gaz halinde bulunan uçucu hidrokarbonlardır ve burun ya da ağızdan solunarak transpulmoner yol aracılığı ile dolaşım sistemine ulaşırlar.

Bu bileşenler günlük hayatta kullanılan birçok kimyasal maddenin içinde yer alır ve yapıştırıcılar, sıkıştırılmış gazlar (boya, saç spreyi, traş köpüğü içinde bulunan maddeler), tinerler ve yakıtlar (benzin ve propan) olmak üzere 4 sınıfa ayrılırlar (24).

Uçucu maddeler hızla başlayan ve hızla sona eren bir iyilik haline sebep olurlar. Etkileri birkaç dakika içinde başlar ve genelde 30-45 dakika arasında devam eder. Uçucu maddeler vücutta yağ dokusunda depolanırlar ve vücuttan tamamen atılmaları iki ayı bulabilmektedir. Uyarılma aşamasında öfori, baş dönmesi, halüsinasyon, ışığa duyarlılık, bulantı, kusma, yüzde kızarıklık erken dönemde ise yönelim bozukluğu, şaşkınlık, görme bozukluğu, kontrol kaybı, konuşma bozukluğu ve reflekslerin baskılanması görülebilir. Geç dönemde bilinç kaybı ve epileptik nöbetler görülebilir. Uçucu madde bağımlılarında hafıza ve bellek bozukluğu, öğrenme güçlüğü ve ileri dönemlerde bunama sık görülmektedir. Nörolojik sorunlar davranışsal sorunları da beraberinde getirmektedir (72) .

Sedatif, Hipnotik ve Anksiyolitikler

Benzodiazepinler, barbitüratlar ve barbitürat benzeri maddeler olmak üzere 3 major gruba ayrılırlar. Benzodiazepinler, spinal korda etki ederek kas gevşetici etki gösterirler.

Anksiyolitik, amnezik ve sedatif etki gösterirler, intrakranial basıncı ve serebral kan akımını düşürürler. Benzodiazepinler çok fazla öfori yapmazlar ve mezolimbik mezokortikal dopaminerjik ödül sistemini aktive etmezler, gamma aminobütirik asit (GABA) reseptörleri üzerinden inhibisyon yaparlar. Bu nedenle kötüye kullanımı öfori sebebiyle değil, anksiyolitik etkisi sebebiyle oluşmaktadır. Bu özelliğiyle diğer kötüye kullanımı olan maddelerden ayrılırlar (72).

Kokain

Kokain bitkisinden elde edilen kokain ekstraktı bazlarla birleştirilmesiyle crack, hidroklorür asitle birleştirilmesiyle ise kokain hidroklorür elde edilmektedir. Kokain burundan solunarak, tütünle sarılarak ve intravenöz olarak kullanılabilir (68). Periferik sinirlerde iletimi engeller ve lokal anestetik etkiler gösterir. Santral sinir sistemindeki doğrudan etkileriyle ise iştah azalması, hiperaktivite ve uyku ihtiyacında azalma meydana getirir. Tek sefer kullanımda bile psikolojik bağımlılık yapabilecek kadar bağımlılık potansiyeli yüksek bir maddedir. Fizyolojik bağımlılık yapabilir ve opiyatlara göre daha hafif olan yoksunluk belirtileri gösterebilir (73)

2.10. Aşerme (Craving)

Aşerme; istenilen etkilere ulaşabilmek için birey hedefe güçlü bir şekilde yönelten subjektif deneyimler olarak tanımlanabilir. Aşerme otomatik (koşullu) ya da iradi davranışların bir sonucudur (74).

Dürtüler organizmadan köken alan gerçekleşmek için sürekli baskı uygulayarak derhal tatmin isteyen gereksinimlerdir. Bağımlılık yapan maddeyi kullanmak için duyulan şiddetli arzu da bu tanıma eşdeğer özellikler taşır; dürtüler gibi hemen doyum sağlamak için sürekli baskı uygular. Parsiyel dopamin agonistlerinin dopaminerjik aktivasyonu suboptimal seviyede tutarak madde yoksunluğu sırasında bağımlılık yapan maddeye duyulan arzuyu azaltabileceği ve n. accumbens'te yeterince dopamin salınımını sağlayarak öforiyi sağladığı öne sürülmüştür (75). Aşermenin şiddeti kişiden kişiye değişebilir. Şiddeti psikometrik yöntemlerle ölçülmeye çalışıldığı gibi, çeşitli beyin görüntüleme yöntemleri (fMRI ve PET) kullanılarak fizyolojik ve nörobiyolojik ölçümlerle de değerlendirilmektedir. Relapslardan büyük ölçüde sorumlu olan bu şiddetli isteğin gelişiminde “bellek” çok önemli bir rol oynamaktadır. Birey, maddenin haz verici ya da sıkıntı gidereci etkilerini çok güçlü bir biçimde hatırlamakta ve her seferinde olumlu beklentilerle planlı ya da kompulsif bir biçimde madde kullanımına yönelmektedir.

2.11. Aşerme ve Üstbiliş İlişkisi

Arzu düşüncesi (desire thinking); hedefle ilişkili olumlu deneyimlere ait anıları, görüntüleri ve bilgileri ve bunlara nasıl ulaşılabilirliğinin öngörüsünü içeren istemli düşünce sürecidir (76). Kısa dönemde dikkati hedefle ilgili olumlu duyulara kaydırarak olumsuz içsel durumun idare edilmesine yardımcı olmakla birlikte uzun dönemde ise;

- Aşerme ve kontrolü kaybetme algısını arttırır,
- Hedef ile ilişkili bilgilere ulaşımı arttırır
- Arzu ve aşermenin down regülasyonunu bozar

Arzu düşüncesi; alkol kullanımı, nikotin bağımlılığı, patolojik kumar oynama ve internet bağımlılığını ile ilişkilendirilmiştir. Bu düşüncedeki değişimlerin aşerme ve bazı bağımlılık ile ilişkili davranışlar üzerinde direk etkisi olduğu gösterilmiştir ve daha önce değinilen bilişsel dikkat sendromunun (BDS, Cognitive Attention Syndrome) bir parçası olarak değerlendirilmiştir (77) (78) (79) (80).

-Pozitif üstbilişsel inançlar: bilişler ve duyguları düzenleme ve kontrol altına alma amacıyla ortaya çıkan beklentiler olarak tanımlanabilir. Örneğin;

- ‘Alkol almak daha net düşünmemi sağlıyor’ (problem çözme),
- ‘Alkol almak düşüncelerimi kontrol etmeme yardımcı oluyor’ (düşünce kontrolü),
- ‘Alkol almak daha iyi odaklanmamı sağlıyor’ (dikkat düzenlenmesi),
- ‘Alkol almak kişisel farkındalığımı azaltıyor’ (kendilik imgesi kontrolü),
- ‘Alkol almak endişelerimi gideriyor’ (duygu kontrolü)

-Negatif üstbilişsel inançlar: düşünceler üzerinde kontrol sahibi olunamadığı ya da arzulanan nesnenin bilişsel işlevler üzerinde kötü etkileri olacağı ile ilişkilidir. Örneğin;

- ‘Ne kadar kontrol etmeye çalışırsam çalışayım içmeye devam ediyorum’
- ‘Alkol kullanımı aklıma zarar verecek’

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde (AMBAUM) yürütülmüştür. Araştırmaya yatarak tedavi gören DSM-5 tanı kriterlerine göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı almış 100 adet intravenöz kullanımı olan hasta dahil edilmiştir.

Kontrol grubuna ise yaşamının herhangi bir döneminde madde kullanım ve psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayan yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından hasta grubuyla benzer özelliklere sahip 100 sağlıklı gönüllü birey alınmıştır.

Hasta ve kontrol gruplarının her ikisine de 98 adet erkek, 2 adet kadın gönüllü alınmıştır.

Örneklem sayısının hesaplanmasında GPower 3.1 programı kullanılmış ve (Impact of Metacognition Training On Males' Metacognition and Their Disposition towards Substance Abuse) abdollahi ve arkadaşlarının yaptığı çalışma referans alınarak, 0.05 hata payı ve % 80 power için her grupta en az 88 hasta olması gerektiği hesaplanmıştır

3.1.1. Çalışmaya Alınma Kriterleri

- 18-40 yaş arasında olmak.
- Araştırma hakkında detaylı olarak bilgilendirildikten sonra katılmayı kabul etmek.
- Aydınlatılmış onam formunu okuyup imzalamak.
- Okuma yazma biliyor olmak.
- Bilişsel açıdan çalışmada kullanılacak ölçekleri ve yönergeleri anlayabilecek düzeyde biliş ve zekaya sahip olmak
- Görüşme anında idrarda opiyat pozitifliği olmamak

3.1.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- 18 yaş altı ve 40 yaş üstü olmak.
- Okuma yazma bilmemek.
- Ölçekleri anlama ve doldurmasını engelleyecek düzeyde bir zeka geriliğine sahip olmak.

- Ölçekleri anlama ve doldurmasını engelleyecek düzeyde bir fiziksel hastalığa sahip olmak.
- Görüşme esnasında madde etkisinde ya da madde yoksunluğunda olmak.
- Görüşme esnasında; gerçeği değerlendirmesini bozacak ve bilişsel işlevlerini etkileyecek bir psikiyatrik hastalığa sahip olmak.

3.2. Uygulama

Çalışma için 18.05.2016 tarihinde 294 karar no ile Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alındı. Bireyler araştırma hakkında detaylı olarak bilgilendirilmiş olup çalışma içeriğinde isminin kullanılmayacağı, her türlü kişisel bilginin gizli kalacağı, çalışmaya katılmaktan çalışmanın herhangi bir aşamasında vazgeçebileceği, çalışmaya katılmama ya da çalışmaya katılmaktan vazgeçme sebebiyle tedavi programında herhangi bir etkilenme olmayacağı bireylere anlatıldı ve gönüllü katılım belgesi imzalatıldı.

Hasta grubu ile bir kez görüşüldü. Görüşmeler Akdeniz Üniversitesi AMBAUM'da gerçekleştirildi ve görüşme esnasında hastaların madde etkisinde ya da madde yoksunluğunda olmamasına dikkat edildi. Bu şekilde madde etkisi ve yoksunluğu sırasında oluşan semptom ve bulguların çalışmaya etkisini en aza indirmek hedeflendi.

Hasta Grubuna;

- Sosyodemografik Veri Formu,
- Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID-I),
- Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11)
- Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)
- Madde Aşırma Ölçeği (MAÖ)
- Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) uygulandı.

Kontrol grubu ile de bir defa görüşme yapıldı ve ;

- Sosyodemografik Veri Formu,
- Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID I)
- Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11)

- Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)
- Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) uygulandı.

3.3. Veri toplama araçları

3.3.1. Sosyodemografik veri formu

Form; sosyodemografik ve klinik verileri toplamaya yönelik araştırmanın amacına uygun olarak araştırmacılar tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bilgi toplama aracıdır. Bu form yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, iş durumu, askerlik durumu, sigara ve alkol kullanımı, aile ilişkileri, uyuşturucu madde kullanımı ve kullanım yöntemi, bu maddeleri kullanım dozu ve süresi, madde yönünden tedavi girişimleri, adli ceza alıp almadığı, cezaevine girip girmediği, intihar girişimi, self mutilatif davranış öyküsü, damar yolu ile bulaşan hastalık, bilinen bedensel hastalık öyküsü, daha önce psikiyatrik başvurusunun olup olmadığı sorularını içermektedir.

3.3.2. DSM-IV ölçütlerine göre Eksen I Bozuklukları İçin

Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I)

SCID-I, DSM-IV e göre major eksen 1 patolojilerini saptamak için geliştirilmiş bir yarı yapılandırılmış görüşmedir (81).

3.3.3. Barratt Dürtüsellik Ölçeği (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11, BDÖ)

Barratt Dürtüsellik Ölçeğinin ilk versiyonu Barratt tarafından 1959 yılında geliştirilmiştir (82). Günümüzde kullanılan Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BİS-11) ise; 1995 yılında Patton ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (83).

Ölçek; dürtüsellliği değerlendirmede kullanılan hasta tarafından doldurulan bir öz bildirim ölçeğidir. Otuz maddeden oluşur ve kendi içinde üç alt ölçeği vardır: dikkatsizlik, motor dürtüsellik ve plan yapmama. Değerlendirilirken plan yapmama, dikkat, motor dürtüsellik ve toplam puan olmak üzere 4 farklı alt puan elde edilir. Toplam BDÖ-11 skoru ne kadar yüksekse kişinin dürtüsellik düzeyi o

kadar yüksektir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (84).

3.3.4. Üstbiliş Ölçeği-30 (Metacognitions Questionnaire) Cartwright-Hatton ve Wells tarafından geliştirilen ölçeğin orijinal adı “Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ)” şeklindedir. Daha sonra Wells ve Cartwright-Hatton bu ölçeğin 30 maddelik kısa formunu (MCQ-30) oluşturmuşlardır (85). ÜBÖ-30’daki her madde, “(1) kesinlikle katılmıyorum” ile “(4) kesinlikle katılıyorum” uçlarına sahip, 4 birimli Likert tipi derecelendirme skalası üzerinden hasta tarafından yanıtlanır. Ölçekten alınabilecek puanlar 30 ile 120 arasında değişir ve puanın yükselmesi patolojik tarzda üstbilişsel faaliyetin arttığına işaret eder.

Wells ve Cartwright-Hatton’nın yaptıkları psikometrik çalışmaya göre, ÜBÖ-30’daki maddeler beş faktöre dağılmaktadır (33).

1. Olumlu inançlar, 1, 7, 10, 20, 23 ve 28. maddelerden oluşur ve endişelenmenin, plan yapma ya da problem çözmeye yardımcı olduğuna dair, endişelenmeye yönelik olumlu inançları içerir. Aynı zamanda bu faktöre göre endişe, arzu edilir bir kişilik özelliğidir.

2. Kontrol edilemezlik ve tehlike, 6, 13, 15, 21, 25, 27. maddeleri içerir ve iki boyuttan oluşmaktadır. Birincisi, ‘insanın işlevlerini yerine getirebilmesi ve güvende kalabilmesi için endişelerini kontrol etmesi gereklidir’ şeklindeki inançtır. Diğeri, endişenin kontrol edilemeyeceğine dair inançtır.

3. Bilişsel güven, 8, 14, 18, 24, 26 ve 29. maddeleri içerir ve kişinin kendi bellek ve dikkat yeteneklerine güveninin olmaması ile ilgilidir.

4. Düşünceleri kontrol ihtiyacı, 2, 4, 9, 11, 16, 22. maddelerden oluşur ve batıl inanç, cezalandırılma ve sorumlu olma temalarını içeren olumsuz inançları kontrol altına alma ihtiyacını içerir. Bu inançlar, kişi onları kontrol edemediği takdirde ortaya çıkacak zarar verici sonuçlardan kişinin sorumlu olacağına ve cezalandırılacağına ilişkindir.

5. Bilişsel farkındalık, 3, 5, 12, 17, 19 ve 30. maddelerden oluşur ve kişinin kendi düşünce süreçleri üzerinde sürekli uğraşmasını ifade eder.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Tosun ve Irak tarafından 2008 yılında yapılmıştır (29)

3.3.5. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

Bu ölçek Zigmonda ve Snaith tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir (86). Anksiyete ve depresyon alt ölçeklerini içeren bir öz bildirim ölçeğidir. 7'si depresyon, 7'si de anksiyete belirtilerini içeren toplam 14 sorudan oluşmaktadır. Yanıtlar 4'lü Likert biçimde değerlendirilmektedir ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Yatarak tedavi gören hastalarda emosyonel durumdaki değişiklikleri saptama amacı ile kullanılmaktadır. Her iki alt ölçek için '7 ve aşağısı' hasta olmayan, '8-10' normal sınırdaki hasta ve '11 ve yukarısı' için belirgin hasta değerlendirmeleri yapılmaktadır. Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik çalışması 1997 yılında Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (87)

3.3.6. Madde Aşırme Ölçeği (MAÖ)

Penn Alkol Aşırme Ölçeği, aşırmenin değerlendirilmesi amacı ile kullanılan 5 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Alkol almak ile ilgili düşüncelerin sıklığı, yoğunluğu ve süresinin yanısıra içmeye direnebilme yeteneği de bu ölçekle değerlendirilir. Son maddede yanıtlayan kişiden son hafta için bir ortalama vermesi istenir. Her bir madde 0 ile 6 arasında puanlanır (88).

Ölçeğin Türkçe versiyonu yatarak tedavi gören erkek alkol bağımlılarında geçerli ve güvenilir bulunmuştur (89). Ölçek daha sonra da madde aşırmesini değerlendirme amacı ile revize edilmiştir(90).

3.4. İstatistiksel Analiz

Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov Simirnov test ile ölçüldü. Nicel bağımsız verilerin analizinde ANOVA (Analysis of Variance, Tukey test), bağımsız örneklem t test, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U test kullanıldı. Nitel bağımsız verilerin analizinde ki-kare ve Pearson testleri kullanıldı. Aksi belirtilmediği durumlarda istatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Analizlerde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Veriler

Bu bölümde opiyat bağımlılığı tanısı almış 100 hasta ile yaş, cinsiyet ve eğitim açısından benzer özelliklere sahip 100 sağlıklı gönüllü bireyin istatistiksel analizine yer verilmiştir.

Kontrol ve hasta gruplarının her ikisine de 98 adet erkek ve 2 adet kadın hasta alınmıştır (Tablo 4.1).

Kontrol grubunun yaş ortalaması 25.8, hasta grubunun yaş ortalaması ise 25.7 olarak bulundu ve yaş ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p > 0.05$).

Çalışma grupları medeni durum açısından karşılaştırıldığında hasta grubunun %73'ü bekar ($s=73$), %20'si evli ($s=20$), %7'si ise ayrılmış olarak saptandı. Kontrol grubunun ise %75'i bekar, %19'u evli ve %6'sı ayrılmıştı. Medeni durum açısından gruplar açısından anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p > 0.05$).

Eğitim durumları açısından karşılaştırıldığında hasta grubunun %72'si ilköğretim ($s=72$), %26'sı lise ($s=26$), %2'si ise üniversite ($s=2$) mezunu olup kontrol grubunun ise %61'i ilkokul ($s=61$), %30'u lise ($s=30$) ve %9'u ($s=9$) üniversite mezunu idi. Bu anlamda gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0.05$).

Yaşam biçimleri incelendiğinde hasta grubunun %3'ü yalnız ($s=3$), %97'si ailesi ile yaşamakta olup ($s=97$), kontrol grubunun %16'sı yalnız ($s=16$), %84'ü ailesiyle ($s=84$) yaşamaktaydı ($p=0.002$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Örneklem gruplarının sosyodemografik verileri

		Vaka Grubu		Kontrol Grubu		p
		Ort.±s.s./n-%	Medyan	Ort.±s.s./n-%	Medyan	
Yaş		25,7 ± 5,1	25,0	25,8 ± 4,4	25,0	0,648 ^t
Cinsiyet	Erkek	98	98,0%	98	98,0%	1,000 ^{X²}
	Kadın	2	2,0%	2	2,0%	
Medeni Durum	Bekar	73	73,0%	75	75,0%	0,937 ^{X²}
	Evli	20	20,0%	19	19,0%	
	Ayrılmış	7	7,0%	6	6,0%	
Eğitim Durumu	İlköğretim	72	72,0%	61	61,0%	0,059 ^{X²}
	Lise	26	26,0%	30	30,0%	
	Üniversite	2	2,0%	9	9,0%	
Yaşam Biçimi	Yalnız	3	3,0%	16	16,0%	0,002 ^{X²}
	Ailesiyle	97	97,0%	84	84,0%	

^t t test / ^m Mann-whitney u test / ^{X²} Ki-kare test

Hastalara ait diğer bazı sosyodemografik veriler değerlendirildi. Erkek hastaların %72.4'ü (s=71) askerliğini tamamlamış ve %17.3'ü (s=17) ise askerde ceza almıştır. Hastaların %38'i (s=38) herhangi bir işte çalışmamaktadır ve %15'i (s=15) aile ilişkilerini kötü, %30'u (s=30) orta, %55'i (s=55) ise iyi olarak tariflemektedir. Hastaların %19'sinin (s=19) ailesinde bağımlı bir birey bulunmakta ve bunların 4'ü baba, 11'i kardeş, 2'si amca/dayı, 4 tanesi de kuzenlerdir. Ailedeki bağımlılardan 4'ü alkol, 15'i eroin, 2'si ise esrar kullanmaktadır (Tablo 4.2). Çalışmakta olan hastaların ortalama aylık geliri 1.459±2.254 TL olup bütün hastaların aylık ortalama madde masrafı 2765±1605 TL olarak saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.2. Hastaların diğer askerlik, iş ve aile hayatına ilişkin özellikleri

		n	%
Askerlik	Yapmadı	27	27,6%
	Yaptı	71	72,4%
Askerlikte Ceza	Hayır	55	56,1%
	Evet	17	17,3%
	Askere Gitmedi	26	26,5%
İş Durumu	Çalışmıyor	38	38,0%
	Çalışıyor	62	62,0%
Aile İlişkisi	İyi	55	55,0%
	Orta	30	30,0%
	Kötü	15	15,0%
Aile Öyküsü	Yok	79	79,0%
	Var	21	21,0%
Ailedeki Bağımlı	Baba	4	4,0%
	Kardeş	11	11,0%
	Amca Dayı	2	2,0%
	Kuzen	4	4,0%
Ailedeki Bağımlı Ne Kullanıyor	Alkol	4	4,0%
	Eroin	15	15,0%
	Esrar	2	2,0%

Tablo 4.3. Hastaların aylık gelirleri ve madde masrafları

	Min-Mak	Medyan	Ort.±s.s./n-%
Eroin Doz	0,1 - 10,0	1,5	2,0 ± 1,6
Eroin Süre	6,0 - 168,0	60,0	72,4 ± 41,3
Eroin Sıklık	Hergün		98 98,0%
	Günaşırı		2 2,0%

Hasta grubunun tedavi ve psikiyatrik hastalıklarla ilgili özellikleri değerlendirildiğinde hastaların %81'i (s=81) daha önce madde bağımlılığı tedavisi almış olmakla birlikte görüşme anı itibari ile hastaların %19'unun (s=19) ilk başvurusuydu. Hastaların %71'i (s=71) en az bir adli olay geçirmiş olmakla birlikte %29'unun (s=29) adli olayı bulunmamaktaydı. Hastaların %39'u (s=39) en az bir kere cezaevine girmiş olup %61'i (s=61) hiç cezaevine girmemişti. Hastaların %11'inin (s=11) daha önce intihar girişiminde bulunmuş, %46'sı (s=46) self mutilatif davranış sergilemiş olup %55'inde (s=55) dövme

bulunmaktaydı. Hastalar içinde daha önce psikiyatrik tedavi başvurusu oranı %18'di (s=18) (Tablo 4.4)

Tablo 4.4. Hastaların tedavi ve psikiyatrik hastalıklarla ilişkili özellikleri

		n	%
Daha Önce Tedavi	Hayır	19	19,0%
	Evet	81	81,0%
Adli Olay	Yok	29	29,0%
	Var	71	71,0%
Cezaevi	Hayır	61	61,0%
	Evet	39	39,0%
Suicidgirişimi	Yok	89	89,0%
	Var	11	11,0%
Selfmutilasyon	Yok	54	54,0%
	Evet	46	46,0%
Dövme	Yok	45	45,0%
	Var	55	55,0%
Psikiyatri Başvurusu	Yok	82	82,0%
	Evet	18	18,0%

Hastaların %65'inde (s=65) çoklu madde kullanım öyküsü mevcuttu. Hastaların %53'ünün (s=53) inhalasyon, %47'sinin (s=47) ise intravenöz yolla eroin kullanımı mevcuttu. Ortalama intravenöz yol ile kullanım süreleri ise 20.1 ay (0.5-96 ay) olarak saptandı. Hastaların %22'sinde intravenöz yol ile bulaşan hastalık (HBV,HCV,HİV) bulunmaktaydı (Tablo 4.5)

Tablo 4.5. Hastaların madde kullanım yoluna ait özellikleri

		Min-Mak	Medya	Ort.±s.s./n-%
Çoklu Madde	Yok			35 35,0%
	Var			65 65,0%
Eroin Kullanım Yolu	İnhalasyon			53 53,0%
	IV			47 47,0%
IV Kullanım Süresi (ay)		0,5 - 96,0	10,5	20,1 ± 23,1
IV Bulaşıcı Hastalık	Yok			78 78,0%
	Var			22 22,0%

Hastaların ortalama eroin kullanım süresi 72.9 ay (6.0- 168.0) olup %98'sinin (n=97) her gün, %2'sinin ortalama günlük kullandıkları bulunmuştur. Ortalama eroin dozu ise günde 1.5 gram (1.0-10.0) olarak saptanmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Hastaların eroin kullanım özellikleri

	Min-Mak	Medya	Ort.±s.s./n-%
Eroin Doz	0,1 - 10,0	1,5	2,0 ± 1,6
Eroin Süre	6,0 - 168,0	60,0	72,4 ± 41,3
Eroin Sıklık	Hergün		98 98,0%
	Günaşırı		2 2,0%

4.2. Klinik Özellikler

4.2.1. Örneklem Gruplarının Karşılaştırılması

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği değerlendirildiğinde hasta grubunda HADÖ depresyon ve anksiyete skorlarının ikisinin de kontrol grubundan anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Örneklem gruplarının HADÖ skorları açısından karşılaştırılması

	Vaka Grubu		Kontrol Grubu		p
	Ort.±s.s.	Medya n	Ort.±s.s.	Medya n	
HADÖ Depresyon	8,7 ± 4,2	8,0	3,8 ± 2,6	4,0	0,000 ^m
HADÖ Anksiyete	8,1 ± 4,3	8,0	4,1 ± 2,9	3,0	0,000 ^m

^m Mann-whitney u test

ÜBÖ puanları karşılaştırıldığında ise hasta grubunda olumlu inançlar skoru, kontrol edilmezlik ve tehlike skoru, bilişsel güven skoru, düşünceleri kontrol ihtiyacı skoru, bilişsel farkındalık skoru kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksek olup ÜBÖ toplam skoru da hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($p < 0.05$) (Tablo 4.8)

Tablo 4.8.Örneklem gruplarının ÜBÖ-30 puanlarının karşılaştırılması

	Vaka Grubu		Kontrol Grubu		p
	Ort.±s.s.	Medyan	Ort.±s.s.	Medyan	
Üst Biliş Ölçeği					
Olumlu İnanç	15,4 ± 4,2	15,0	11,3 ± 3,3	11,0	0,000 ^m
Kontrol Edilemezlik Ve Tehlike	17,0 ± 3,5	17,0	14,1 ± 4,1	14,0	0,000 ^m
Bilişsel Güven	13,1 ± 4,6	13,0	11,9 ± 4,1	10,5	0,045 ^m
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	14,2 ± 4,1	13,0	11,9 ± 3,9	11,0	0,000 ^m
Bilişsel Farkındalık	17,5 ± 3,7	18,0	14,7 ± 3,9	15,0	0,000 ^m
Toplam	77,2 ± 12,5	77,5	64,0 ± 12,2	64,0	0,000 ^m

^m Mann-whitney u test

Barratt Dürtüsellik Ölçeği değerlendirildiğinde hasta grubunda BDÖ bütün alt ölçek (dikkat dürtüsellliği, motor dürtüsellik, plan yapmama) skorları kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksekti. Hasta grubunda BDÖ Toplam puanları kontrol grubundan anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksekti (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Örneklem gruplarının BDÖ-11 puanlarının karşılaştırılması

	Vaka Grubu		Kontrol Grubu		p
	Ort.±s.s.	Medya n	Ort.±s.s.	Medya n	
<i>Barrat Dürtüsellik Ölçeği</i>					
Barrat Dikkat Dürtüsellliği	17,0 ± 4,1	17,0	15,2 ± 3,6	15,0	0,001 ^m
Barrat Motor Dürtüsellliği	23,1 ± 5,3	23,0	18,4 ± 4,4	17,5	0,000 ^m
Barrat Plan Yapmama	28,2 ± 4,9	29,0	23,5 ± 4,7	23,0	0,000 ^m
Barrat Toplam	68,3 ± 11,5	70,0	57,1 ± 9,4	56,5	0,000 ^m

^m Mann-whitney u test

4.2.2. Hasta Örneklemine Analizi

Değişkenlerin korelasyonlarını saptamak için Pearson ve Sperman testleri kullanıldı. Hastaların yaşları ile ölçek puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; yaş ile MAÖ negatif yönde, yaş ile ÜBÖ toplam skoları arasında da pozitif yönde ilişki saptandı ($p < 0,05$) (Tablo 4.10), diğer ölçek

puanları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmedi. MAÖ puan ortalaması 14.2 ± 8.5 'ti. Eğitim durumu ile ölçek puanları arasında herhangi bir korelasyon saptanmadı. Eroin kullanım süresi, dozu ve aylık madde masrafları klinik ölçek skorları ile karşılaştırıldığında ise eroin kullanım süresi ile BDÖ-Bilişsel İstikrarsızlık alt ölçeği arasında negatif yönde ilişki saptandı. Ayrıca eroin kullanımı ve eroin kullanım süresi pozitif yönde ilişkiliydi (Tablo 4.11)

Tablo 4.10. Yaş ile ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

		MAÖ	ÜBÖ
Yaş	r	-,197*	,238*
	p	,049	,017
MAÖ	r		-,127
	p		,206

Pearson korelasyon testi kullanıldı (2 tailed). * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ $n = 100$

Toplam ölçek skorları arasındaki ilişkiyi saptamak için Pearson testi kullanıldı. MAÖ skorları ile BDÖ ($p < 0,05$), HADÖ-D ($p < 0,01$) ve HADÖ-A ($p < 0,01$) arasında pozitif korelasyon ($p < 0,05$) bulundu. BDÖ ile ÜBÖ, HADÖ-Depresyon ve HADÖ-Anksiyete arasında pozitif korelasyon bulundu ($p < 0,05$). ÜBÖ skorları ile de BDÖ ve HADÖ-Anksiyete skorları arasında pozitif yönde ilişki saptandı. ÜBÖ skorları MAÖ skorları ile pozitif yönde ilişkili olsa da bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo 4.12)

MAÖ skorları BDÖ alt skorları ile karşılaştırıldığında ise BDÖ-Plan Yapmama ile pozitif korelasyona sahip olduğu saptandı ($p < 0,05$) (Tablo 4.13)

Tablo4.11. Eroin kullanım süresi, dozu, aylık madde masrafı ve BDÖ ilişkisi

		Eroin Süre	Aylık Madde Masrafı	BDÖ-Bilişsel İstikrarsızlık
Eroin Doz (gr)	r	,254*	,130	-,009
	p	,011	,198	,930
Eroin Süre (ay)	r		,094	-,224*
	p		,354	,025
Aylık Madde Masrafı	r			-,045
	p			,653

Pearson korelasyon testi kullanıldı (2 tailed). *p<0,05 **p<0,01 n=100,

Tablo 4.12. Hasta grubundaki klinik ölçeklerin birbirleriyle ilişkisi

		BDÖ	ÜBÖ	HADÖ-D	HADÖ-A
MAÖ	r	,252*	-,127	,335**	,347**
	p	,011	,206	,001	,000
BDÖ	r		,262**	,298**	,484**
	p		,008	,003	,000
ÜBÖ	r			,011	,331**
	p			,910	,001
HADÖ-D	r				,559**
	p				,000

Pearson korelasyon testi kullanıldı (2 tailed). *p<0,05 **p<0,01 n=100,

Tablo 4.13. Hasta grubunda MAÖ ile BDÖ alt ölçeklerinin ilişkisi

		BDÖ- Motor Dürtüsellik	BDÖ- Dikkat Dürtüsellliği	BDÖ-Plan Yapmama
MAÖ	r	,180	,195	,238*
	p	,073	,052	,017
BDÖ- Motor Dürtüsellik	r		,562**	,448**
	p		,000	,000
BDÖ- Dikkat Dürtüsellliği	r			,443**
	p			,000

Pearson korelasyon testi kullanıldı (2 tailed). *p<0,05 **p<0,01 n=100,

Hasta grubunda HADÖ ve BDÖ altölçeklerini karşılaştırdığımızda; depresyonun Dikkat Dürtüsellliği(p<0,05) ve Plan Yapmama (p<0,01) ile pozitif yönde ilişkili olduğu ancak Motor Dürtüsellik puanları arasında anlamlı ilişki olmadığı saptandı. Anksiyete ile bütün BDÖ alt ölçekleri ile güçlü şekilde pozitif yönde ilişkiliydi (p<0,01) (Tablo 4.14)

Tablo 4.14. Hasta örnekleminde HADÖ ve BDÖ alt ölçeklerinin incelenmesi

		HADÖ- Anksiyete	BDÖ- Toplam	BDÖ- Plan Yapmama	BDÖ- Motor Dürtüsellik	BDÖ- Dikkat Dürtüsellliği
HADÖ- Depresyon	r	,559**	,298**	,336**	,149	,249*
	p	,000	,003	,001	,139	,012
HADÖ- Anksiyete	r		,484**	,352**	,375**	,463**
	p		,000	,000	,000	,000
BDÖ-Toplam	r			,785**	,844**	,798**
	p			,000	,000	,000
BDÖ- Plan Yapmama	r				,448**	,443**
	p				,000	,000
BDÖ- Motor Dürtüsellik	r					100
	p					,562**

Hasta grubunda ÜBÖ alt ölçekleri ve BDÖ alt ölçekleri karşılaştırıldı. BDÖ-Plan Yapmama skorları ile ÜBÖ-Bilişsel Farkındalık skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde ilişki saptandı ($p<0,01$). ÜBÖ- Bilişsel Farkındalık alt ölçeği diğer BDÖ alt ölçekleri ile de negatif yönde koreleydi ancak bu ilişki anlamlı değildi. ÜBÖ-Düşünceleri Kontrol İhtiyacı ile BDÖ alt ölçekleri karşılaştırıldığında; BDÖ- Plan ($p<0,05$), BDÖ- Motor ($p<0,05$) ve BDÖ- Dikkat ($p<0,01$) alt ölçeklerinin her biri ile pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu. Aynı şekilde Bilişsel Güven alt ölçek puanları ile de Plan Yapmama, Motor Dürtüsellik ve Dikkat Dürtüsellliği alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p<0,01$)(Tablo 4.15)

Tablo.4.15. Hasta grubunda BDÖ ve ÜBÖ alt ölçek skorlarının ilişkileri

		BDÖ- Motor Dürtüsellik	BDÖ- Dikkat Dürtüsellliği	ÜBÖ-Bilişsel Farkındalık	ÜBÖ- Düşüncele ri Kontrol İhtiyacı	ÜBÖ- Bilişsel Güven
BDÖ-Plan Yapmama	r p	,448** ,000	,443** ,000	-,299** ,003	,237* ,018	,356** ,000
BDÖ-Motor Dürtüsellik	r p		,562** ,000	-,082 ,417	,197* ,049	,326** ,001
BDÖ-Dikkat Dürtüsellliği	r p			-,052 ,607	,308** ,002	,326** ,001
ÜBÖ- Bilişsel Farkındalık	r p				,184 ,067	-,029 ,777
ÜBÖ- Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	r p					,385** ,000

Pearson korelasyon testi kullanıldı (2 tailed). * $p<0,05$ ** $p<0,01$ n=100,

ÜBÖ alt skorları ile HADÖ- Anksiyete skorları karşılaştırıldığında, Bilişsel Güven ve Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt ölçekleri ile HADÖ-Anksiyete arasında pozitif yönde ilişki tespit edildi ($p<0,01$)(Tablo 4.16)

Tablo 4.16. Hastaların HADÖ-Anksiyete skorları ile ÜBÖ alt ölçek skorlarının ilişkisi

		Olumlu İnanç	Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	Bilişsel Güven	Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	Bilişsel Farkındalık
HADÖ-A	r	-,043	,131	,448**	,511**	-,080
	p	,674	,194	,000	,000	,427
Olumlu İnanç	r		,429**	,026	,185	,260**
	p		,000	,801	,066	,009
Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	r			,200*	,442**	,325**
	p			,046	,000	,001
Bilişsel Güven	r				,385**	-,029
	p				,000	,777
Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	r					,184
	p					,067

Pearson korelasyon testi kullanıldı (2 tailed). * $p<0,05$ ** $p<0,01$ n=100,

5. TARTIŞMA

Literatürde alkol ve madde bağımlılığı alanında yapılan birçok çalışmada kadın oranlarının oldukça düşük olduğu saptanmıştır (91)(92)(93). Çakmak ve Evren yatarak tedavi gören madde kullanımı olan hastaların beş yıllık değerlendirilmesinde cinsiyet oranını %93,5 erkek olarak saptamıştır (94). Gaziantep'teki madde kullanıcılarını araştıran bir çalışmada ise erkek kullanıcı oranı %96.8 saptanmıştır (91). Bizim çalışmamızda da opiyat kullanım bozukluğuna sahip hastaların yalnızca %2'si kadındı. Bu hali ile örneklemin ülkemizin genel popülasyonunu yansıttığı söylenebilir. Madde kullanımının erkeklerde baskın olmasının sebebi gelişmekte olan ülkelerde erkeklerin daha rahat davranış kalıpları sergilemesi, madde kullanımının kabul görüyor olması ve erkeklerin kadınlara göre daha fazla riskli davranışlarda bulunmaları ile açıklanabilir.

Yapılan bir çalışmada üstbilişlerin özellikle düşünceleri kontrol ihtiyacı, bilişsel farkındalık ve kontrol edilemezlik ve tehlike alanlarında yaş ile birlikte azalma görüldüğü saptanmıştır (95). Spada, Mohiyeddini ve Wells'in çalışmasında ise yaşı daha küçük olan katılımcılar bilişsel güven faktörü hariç diğer alanların hepsinde yaşlılara göre daha yüksek skorlar almıştır (9). Bir başka çalışmada ise yaştan kontrol edilemezlik ve tehlike, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık skorları ile negatif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Yine aynı çalışmada daha genç katılımcıların olumlu inançlar ve bilişsel güven alanları hariç diğer ölçütlerde daha yüksek skorlar aldığı bulunmuştur (30). Bir başka çalışmada ise artan yaştan bilişsel yetenekler ve bilişsel kontrol alanlarında değişikliklere sebep olduğu gösterilmiştir (96). Sonuç olarak yaşlıların entellektüel kapasiteleri ve deneyimleri üstbilişsel süreçleri üzerinde farklılık oluşturabileceği söylenilebilir. Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda da hastaların yaşları ile üstbilişler arasında pozitif yönde ilişki gösterildi, yaş arttıkça ölçek puanları da artmaktaydı.

Hasta örnekleminin eğitim düzeyi incelendiğinde literatür ile benzer sonuçlar görüldü. Doğanavşargil ve ark. çalışmalarında lise ve üzeri eğitim gören madde kullanıcılarının oranını %38.9 olarak saptamıştır. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise bu oran %32.5 olarak belirlenmiştir (91). Çalışmamızda lise ve

üzeri eğitim seviyesine sahip hasta oranı %28'di. Çalışmamızda toplamayı amaçladığımız verilerin bilişsel süreçleri değerlendirmesi nedeniyle eğitimin de bu süreçler üzerine olan etkisini an aza indirgeyebilmek amacıyla çalışmamızda örneklem grupları eğitim durumu açısından eşlenmiştir. Ancak yapılan analizlerde eğitim durumunun üstbilişler ya da diğer klinik ölçek skorları ile korelasyonu çalışmamızda gösterilemedi.

Hasta ve kontrol grubunu medeni durum açısından değerlendirdiğimizde hasta grubunda %73 bekar, kontrol grubunda ise %75 bekar saptandı, ayrılma oranlarının ise gruplar içinde sırası ile %7 ve %6 olduğu görüldü. Literatürde madde bağımlılığın aile için sorunları da birlikte getirdiği ve dolayısı ile boşanma oranının arttığını gösteren çalışmalar mevcut (91)(97) olmakla birlikte çalışmamızdaki yaş ortalamasının hasta grubu ile eşlenmesi çabası ile kontrol örnekleminin çoğunluğunun öğrenim görmekte olan bireylerden oluşturulduğu düşünülürse bekar olmanın yüksek, evliliğin ve ayrılma oranlarının ise düşük olması öngörülebilir bir sonuçtur..

Çalışmamızda madde kullanıcıları grubunda işsizlik oranı %38 olarak saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalarda bu oran %12-38 arasında değişmektedir (98) (99) (92) (100)

Çalışmamızın yürütüldüğü tarihlerde ülkemizde asgari ücret 1.404 tl idi. Hasta örneklemimizin ortalama geliri 1459 tl/ay, aylık madde masrafı ise 2.765 tl/ay olarak belirlendi. Hastaların %97'si ailesi ile yaşamaktaydı ve %55'i de aile ile iyi ilişkileri olduğunu belirtti. Maddeye harcanan para miktarının gelirin bu kadar üzerinde olması madde kullanımının yüksek suç oranları ile ilişkilendirilmesini açıklamaktadır (100). Ancak ülkemiz gibi geleneksel toplumlarda aile yaşamının olumlu özelliklere sahip olması ve ailenin genç bireylerine yapılan maddi destekler de gelir ve madde masrafı arasındaki bu uçurumu açıklayabilir.

Çalışmamızda HADÖ ile değerlendirdiğimiz olumsuz duygudurumu meydana getiren anksiyete ve depresyon seviyeleri, eroin kullanıcısı olan grupta kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Literatürde de madde kullanımının depresyon ve anksiyete ile birlikteliği istikrarlı bir şekilde gösterilmiştir (101)(102) (102)(103). Başka bir çalışmada ise depresyonun

kompulsiyon aracılığı ile eroin kullanımını etkilediği gösterilmiştir (104). Eroinin aşermeyi ve negatif emosyonları azaltarak pozitif emosyonları arttırdığı ve duygudurum kontrolünde düzenleyici görev aldığı belirtilmiştir (105).

Hasta örneklemimiz incelendiğinde anksiyetenin üstbilişler ile pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Özellikle Bilişsel Güven ve Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alanlarında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Bulgularımızdan farklı olarak Wells ve Carter madde kullanımı olmayan anksiyete bozukluğu hastalarında yaptıkları çalışmada üstbilişlerin anksiyete ile ilişkisini göstermiş ancak bu ilişkinin Olumlu İnançlar ve Kontrol Edilemezlik ve Tehlike alanlarında olduğunu belirtmişlerdir. (106). Bir başka çalışmada ise yine madde kullanımı olmayan panik bozukluk hastalarında üstbilişlerdeki değişiklikler Kontrol Edilemezlik ve Tehlike ile Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alt boyutlarında saptanmıştır (107)

Sigara ve alkol kullanıcılarında yapılan bazı çalışmalara bakıldığında; Spada ve arkadaşları sigara kullanımı ve duygudurum (depresyon ve anksiyete) arasında üstbilişlerin aracılık ettiği bir ilişki saptamıştır. Yine bu çalışmada üstbilişlerin 3 alanda (olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike ve bilişsel güven) sigara bağımlılığı ile pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermiştir (7). Başka bir modelde ise alkol kullanımı ile ilgili Olumlu İnançlar ve negatif emosyonların alkol kullanımı kolaylaştırdığı öne sürülmüştür (108). Başka bir çalışmada depresyon ve anksiyetenin üstbilişler ile ilişkisi olduğu gösterilmişse de çalışmada yalnızca Bilişsel Güven ölçütü sigara kullanımı ile pozitif yönde ilişkili bulunmuş olup toplam ÜBÖ skoru ve diğer alanlarda bir ilişki görülmemiştir (109). Çalışmamız literatür ile kısmen uyumlu olmakla birlikte farklılıkların sebebi olarak diğer çalışmalarda hastaların madde kullanımlarının olmaması ya da kullanılan maddenin eroinden oldukça farklı özelliklere sahip sigara ve alkol olması gösterilebilir.

Çalışmamızda opiyat kullanımı olan grupta Barratt Dürtüsellik Ölçeği toplam ve bütün alt ölçek skorlarında kontrol grubuna göre anlamlı yükseklik saptanmıştır. Madde kullanıcılarında dürtüsellüğün yüksek olduğunu gösteren literatürde çok sayıda çalışma bulunmaktadır (50)(57)(110).

Opiyat kullanımı olan örneklemimizde dürtüselliğin, HADÖ ile değerlendirdiğimiz negatif emosyonlarla (anksiyete ve depresyon) pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Anksiyete ve depresyonun her ikisi de BDÖ alt ölçeklerinden Dikkat Dürtüselliği ve Plan Yapmama ile pozitif yönde ilişkili bulunurken; anksiyete ile dürtüselliğin bütün alanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı.

Gillot ve ark. yaptıkları bir çalışmada anksiyetesi yüksek olan sigara kullanıcılarının negatif affekte yanıt olarak impulsif bir şekilde harekete geçtiklerini ve yüksek fiziksel agresyon gösterdiklerini saptamıştır. (111). 60 yatan psikiyatrik hastanın incelendiği bir çalışmada dürtüsellik, depresif duygudurum ve anksiyete birbirleri ile ilişkili bulunmuştur (112). Alkol kullanım bozukluğu olan hastalarla yapılan bir çalışmada dürtüsellik ve depresif semptomların seviyesi arasında anlamlı fark bulunmuştur. Depresyonun şiddetini en güçlü şekilde yordayan faktör ise kognitif dürtüsellik olarak saptanmıştır (38). Benzer şekilde çalışmamızda da bilişsel alanları etkileyen Dikkat Dürtüselliği ve Plan yapmama depresyon ile ilişkili bulunurken Motor Dürtüsellik ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptanamadı. Bu durum depresyondaki azalmış psikomotor aktivite sebebiyle Motor Dürtüsellikte artış meydana gelmemesi ile açıklanabilir.

Madde aşermesi ve dürtüsellik değerlendirildiğinde çalışmamızda Plan Yapmama ile aşerme arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı. Literatür incelendiğinde kokain ve metamfetamin kullanan hastalar ile yürütülen bir çalışmada dürtüsellik madde kullanımını takiben ortaya çıkan aşermenin yordayıcısı olarak saptanmıştır (113). Başka bir çalışmada ise ciddi alkol bağımlılığı olan hastalarda dürtüsellik ve bilişsel dürtüsellik arasındaki ilişki gösterilmiştir (114). Aynı zamanda impulsif bireylerin aşermeleri doğrultusunda daha kolay bir şekilde harekete geçtikleri gibi aşerme deneyimlerinin de kişinin dürtüselliğini attırabildiği öne sürülmüştür (115). Sigara içicilerinde yapılan bir çalışmada kişilik özelliği olarak impulsivite ipucu uyaranlara karşı olan aşerme ve uyarılmışlıkla ilişkili bulunmuştur (116).

Dürtüsellik ve üstbilişlerin birbirleriyle olan ilişkisi değerlendirildiğinde; çalışmamızda Bilişsel Güven ve Düşünceleri Kontrol İhtiyacı alanları ile dürtüselliğin bütün alanlarının (plan yapmama, motor dürtüsellik ve dikkat

dürtüselliği) birbirlerinin pozitif yordayıcıları olduğu görülmüştür. Buna göre yüksek dürtüselliğe sahip hastaların hafıza ve belleklerine olan güvenlerinin daha az olduğu sonucuna varılabilir. Yine dürtüselliği fazla olan madde kullanıcıların ‘Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım endişe verici düşünceleri engelleyemem’ veya ‘Endişelerim beni delirtebilir’ gibi üstbilişsel inançlara daha yüksek oranlarda sahip olduğu düşünülebilir. Dürtüsellik ve üstbilişlerin incelemesinde; Bilişsel Farkındalık ile Plan Yapmamanın birbirlerinin negatif yordayıcıları olduğu saptanmıştır.

Bu bulguların anksiyete ve üstbilişler arasındaki ilişkiye oldukça benzer olduğu dikkati çekmiştir. Anksiyöz kişilerin de benzer şekilde hafızalarına olan güvenleri az ve negatif düşüncelerin kontrol edilmesi gerektiğine dair inançları fazladır. Aynı zamanda kendi üstbilişsel süreçleriyle ilgili uğraşları fazla olan yani bilişsel farkındalığı yüksek olan hastaların, bilişsel dürtüselliklerinin daha az olduğu sonucuna varılabilir. Literatürde bu konudaki çalışma sayısı az olmakla birlikte gözden geçirildiğinde çalışmalarda kişilik yapısının üstbilişlerde rol oynadığı ileri sürülmüştür. Dürtüselliğin de bir kişilik özelliği olduğu dikkate alınırsa dürtüsellik düzeyleri farklı bireylerin üstbilişlere verdikleri cevapların da farklı olacağı öne sürülmüştür (44).

Örneklem grupları üstbilişler açısından karşılaştırıldığında; hasta grubunun ÜBÖ toplam puanı ve bütün alt ölçek puanları kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Literatürde madde kullanımında üstbilişleri inceleyen çalışma sayısı az olduğu gibi bu çalışmaların birçoğu sigara ve alkol kullanıcıları ile yürütülmüştür. Madde kullanıcıları ile yapılan bir çalışmada (madde türü belirtilmemiştir) 18 adet hastaya 10 seans metakognitif terapi uygulandıktan sonra, terapi almayan kontrol grubu hastalar ile bulgular karşılaştırılmıştır. Üstbilişlerin her ölçütünde kontrol grubuna göre önemli ölçüde azalma saptanmış ve metakognitif terapinin madde kullanıcılarına olumlu etkiler göstereceği öne sürülmüştür (78).

Spada ve Wells alkol kötüye kullanımı için önerdikleri modelde negatif duygudurumun düzenlenmesi amacı ile alkol kullanımının başladığını, alkol ile ilgili olumlu üstbilişsel inançların da buna katkıda bulunduğunu göstermişlerdir (6). Bir başka çalışmada ise düşünceleri kontrol ihtiyacının 3. ve 6. aylarda alkol

alma durumu ve 3., 6., ve 12. aylarda haftalık alkol tüketimini yordadığı bulunmuş olup bu sonucun negatif duygudurum ve başlangıçtaki haftalık alkol kullanımı düzeyinden bağımsız olduğu gösterilmiştir (9).

Bir diğer çalışmada ise 70 madde kullanım bozukluğu hastası 70 sağlıklı kontrol ile karşılaştırılmış ve ‘kontrol edilemezlik ve tehlike’ ve ‘düşünceleri kontrol etme ihtiyacı’ ölçütleri madde kullanıcılarında anlamlı oranda yüksek olarak bulunmuştur (10).

Caltabiano ve Ricciardelli çalışmalarında alkol kötüye kullanımında olumlu ve olumsuz üstbilişsel inanışların etkin olduğunu öne sürmüş ve riskli durumlarda olumsuz üstbilişsel inanışların güçlenip alkol kullanımına yol açtığını belirtmişlerdir (117).

Moneta’nın bir çalışmasında yüksek seviyede uyum bozucu üstbilişlere sahip kişilerin alkol kullanmaya daha yatkın olduğu saptanmıştır (8).

Alkol kötüye kullanımı olan 502 genç kadın ile yapılan bir çalışmada ise, üstbilişlerin alkol kullanımı ile ilişkili olduğu ve özellikle alkol kullanımı ile ilgili pozitif inançlar alanında bu ilişkinin öne çıktığı gösterilmiştir (118).

Madde bağımlılığı tedavi merkezlerine başvuran 132 madde kullanıcısıyla (madde türü belirtilmemiştir) yapılan bir çalışmada ise hasta grubundaki ÜBÖ bütün alt skorları kontrol grubundan anlamlı ölçüde yüksek saptanmıştır. Bu bulgular çalışmamızdan farklı olarak madde kullanıcılarının daha az üstbilişsel çarpıtmaları sahip olduğuna işaret etmektedir (51).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise ise üstbilişsel inançların alkol, madde ve sigara kullanımı üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı saptanmıştır. (119).

Çalışmamızda aşerme ve üstbilişler arasında direk olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ancak literatürde aşerme ve üstbilişleri ilişkilendiren çalışmalar bulunmaktadır. Üstbilişsel açıdan bakıldığında istenmeyen bir bilişsel olay (düşünce, duygu, anı, hayal, bedensel algılar) yaşadıklarında aşermenin ortaya çıktığı ve bu istenmeyen bilişsel olayları kontrol etmede bir aracı olarak psikoaktif maddeler tüketildiği öne sürülmüştür (120). Sigara kesilmesini takiben aşerme ve üstbilişlerin ilişkisini inceleyen bir çalışmada ise aşerme içerikli düşüncelerini, kendileri ve sigarayı bırakma girişimleri ile ilgili negatif düşünceler (iradesizlik,

başarısızlığa mahkum, kontrolsüz vb.) olarak yorumlayan bireylerin aşermeden daha fazla sıkıntı duyduğu belirtilmiştir (121).

Aşerme ve üstbilişsel çarpıtmalar arasında direk bir ilişki saptayamamak da; madde aşermesinin dürtüsellik ile olan özellikle Plan Yapmama ölçütü ile ilişkisi, üstbilişler ile Plan Yapmama arasında da gösterilmiştir. Buna göre aşermenin dürtüsellik üzerinde üstbilişler ile dolaylı bir etkileşimi olduğu varsayılabilir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Hasta örneklemindeki kadın/ erkek oranının düşüklüğü nedeniyle cinsiyetler arasında bir karşılaştırma yapılamamıştır. Üstbilişler, aşerme, dürtüsellik ve duygudurumun kadın madde kullanıcılarındaki ilişkisinin saptanabilmesi için yeterli sayıda kadın hasta örneklemine ihtiyaç vardır.

Çalışmamızın sonuçlarının daha genç ve yaşlı popülasyonda tekrarlanması gereklidir.

Bir başka kısıtlılık olarak ise çalışmada kullanılan ölçeklerin özbildirim ölçeği niteliğinde olması gösterilebilir. Katılımcılar sosyal olarak kabul gören şekilde sorulara cevap verebilir ya da bellek sorunları verilen cevapları etkileyebilir, özbildirim yanlılığı ortaya çıkabilir. Bunları en aza indirmek amacıyla hastalara ölçekler detoksifikasyon sonrasında uygulanmıştır.

ÜBÖ-30 ölçeği spesifik olarak opiyat kullanıcılarındaki üstbilişleri saptamak amaçlı geliştirilmemiş olup üstbilişsel inançlar ve süreçleri ölçmek için dizayn edilmiştir. Opiyat kullanıcılarındaki üstbilişler ile ilgili daha net sonuçlara ulaşabilmek için bu alanda spesifik bir ölçek geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

Opiyat kullanımının başlaması, sürdürülmesi ve bırakılması süreçlerini ele alan longitudinal çalışmalar bu alanlardaki üstbilişsel süreçleri daha iyi bir şekilde ortaya koyabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Opiyat kullanım bozukluğu olan örneklemimiz ile sağlıklı gönüllüler; üstbilişler, duygudurum ve dürtüsellik açısından karşılaştırıldığında hasta grubunda bu alanların hepsinde kontrol grubuna göre önemli farklılıklar bulundu. Opiyat kullanıcılarının daha dürtüsel, üstbilişsel çarpıtmaları daha fazla ve daha yoğun olumsuz duygulanım gösterdikleri saptandı. Hastaların bu özellikleri incelendiğinde ise dürtüsellik tüm alanlarının, Bilişsel Güven ve Düşünceleri Kontrol Etme İhtiyacı ile pozitif yönde ilişkili olduğu ancak Bilişsel Farkındalık ile bu ilişkinin negatif yönde olduğu görüldü. Üstbilişlerin yine bu ölçütleri ve hastaların anksiyete düzeyleri arasında benzer ilişki paternleri sergilediği saptandı. Madde aşermesinin ise olumsuz duygulanım ve dürtüsellik ile doğrudan pozitif yönde ilişkili olduğu, üstbilişlerin de yine olumsuz duygulanım ve dürtüsellik aracılığı ile madde aşermesini yordadığı görüldü.

Madde kullanım bozuklukları kronik seyirli, tedavi maliyetleri yüksek ve koruyucu psikiyatrik yaklaşımların önem kazandığı toplumun bir çok alanında olumsuz etkiler gösteren bir hastalık kümesidir.

Bu çalışmanın sonuçları opiyat kullanım bozukluğu tedavisinde, üstbilişlerin önemli bir etken olduğuna ve aynı zamanda bu hasta grubunda dürtüsellik, olumsuz emosyonlar ve aşerme ile de gözardı edilemeyecek bağlantılara sahip olduğuna işaret etmektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Hasta örneklemindeki kadın/ erkek oranının düşüklüğü nedeniyle cinsiyetler arasında bir karşılaştırma yapılamamıştır. Üstbilişler, aşerme, dürtüsellik ve duygudurumun kadın madde kullanıcılarındaki ilişkisinin saptanabilmesi için yeterli sayıda kadın hasta örnekleme ihtiyacı vardır.

Çalışmamızın sonuçlarının daha genç ve yaşlı popülasyonda tekrarlanması gereklidir.

Bir başka kısıtlılık olarak ise çalışmada kullanılan ölçeklerin özbildirim ölçeği niteliğinde olması gösterilebilir. Katılımcılar sosyal olarak kabul gören şekilde sorulara cevap verebilir ya da bellek sorunları verilen cevapları

etkileyebilir, özbildirim yanlılığı ortaya çıkabilir. Bunları en aza indirmek amacıyla hastalara ölçekler detoksifikasyon sonrasında uygulanmıştır.

ÜBÖ-30 ölçeği spesifik olarak opiyat kullanıcılarındaki üstbilişleri saptamak amaçlı geliştirilmemiş olup üstbilişsel inançlar ve süreçleri ölçmek için dizayn edilmiştir. Opiyat kullanıcılarındaki üstbilişler ile ilgili daha net sonuçlara ulaşabilmek için bu alanda spesifik bir ölçek geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

Opiyat kullanımının başlaması, sürdürülmesi ve bırakılması süreçlerini ele alan longitudinal çalışmalar bu alanlardaki üstbilişsel süreçleri daha iyi bir şekilde ortaya koyabilir.

Bulgularımız opiyat bağımlılığının değerlendirilmesi, kavramsallaştırılması ve tedavi yaklaşımlarında etkili olabilecek bazı olası sonuçlar ortaya koymuştur. Yalnızca bilişsel değil üstbilişsel alanları da kapsayan çok yönlü tedavi yaklaşımlarının bu hasta popülasyonunun rehabilitasyon süreçlerinde dikkate alınması gerekmektedir. Üstbilişlerin opiyat bağımlılığında diğer bilişsel, emosyonel ve davranışsal alanlardaki rolünün ortaya konulabilmesi için daha geniş kapsamlı prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. ÖZET

Amaç: Opiyat kullanım bozukluğu olan hastalar ile sağlıklı gönüllüleri üstbilişler, dürtüsellik ve duygudurum açısından karşılaştırmayı, madde kullanıcılarında bunların aşerme ile ilişkisini saptamayı ve elde edilen verilerin koruma ve tedavi hizmetleri için klinik pratiğimizde uygulanmasını amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu araştırma Akdeniz Üniversitesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde (AMBAUM) yürütülmüş olup, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırmaya yatarak tedavi gören ve DSM-5 tanı kriterlerine göre opiyat kullanım bozukluğu tanısı alan 18-40 yaş arası 100 hasta dahil edildi. Kontrol grubu olarak da hasta grubuyla yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından benzer özelliklere sahip, madde kullanım öyküsü olmayan 100 sağlıklı gönüllü alındı. Tüm katılımcılara yüz yüze soru cevap şeklinde araştırmacılar tarafından geliştirilmiş araştırmanın amacına uygun yarı yapılandırılmış Sosyodemografik Veri Formu ile birlikte, Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID-I), Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11), Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) uygulandı. Ek olarak hastalara Madde Aşerme Ölçeği (MAÖ) verildi. Veriler SPSS 22 (SPSS/IBM, Chicago, IL, USA) kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Opiyat kullanım bozukluğu olan örneklemimiz ile sağlıklı gönüllüler; üstbilişler, duygudurum ve dürtüsellik açısından karşılaştırıldığında hasta grubunda bu alanların hepsinde kontrol grubuna göre önemli farklılıklar bulundu. Opiyat kullanıcılarının daha dürtüsel, üstbilişsel çarpıtmaları daha fazla ve daha yoğun olumsuz duygulanım gösterdikleri saptandı. Hastaların bu özellikleri incelendiğinde ise dürtüsellik tüm alanlarının, Bilişsel Güven ve Düşünceleri Kontrol Etme İhtiyacı ile pozitif yönde ilişkili olduğu ancak Bilişsel Farkındalık ile bu ilişkinin negatif yönde olduğu görüldü. Üstbilişlerin yine bu ölçütleri ve hastaların anksiyete düzeyleri arasında benzer ilişki paternleri sergilediği saptandı. Madde aşermesinin ise olumsuz duygulanım ve dürtüsellik

ile doğrudan pozitif yönde ilişkili olduğu, üstbilişlerin de yine olumsuz duygulanım ve dürtüsellik aracılığı ile madde aşermesini yordadığı görüldü.

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları opiyat kullanım bozukluğu tedavisinde, üstbilişlerin önemli bir etken olduğuna ve aynı zamanda bu hasta grubunda dürtüsellik, olumsuz emosyonlar ve aşerme ile de göz ardı edilemeyecek bağlantılara sahip olduğuna işaret etmektedir. . Yalnızca bilişsel değil üstbilişsel alanları da kapsayan çok yönlü tedavi yaklaşımlarının bu hasta popülasyonunun rehabilitasyon süreçlerinde dikkate alınması gerekmektedir. Üstbilişlerin opiyat bağımlılığında diğer bilişsel, emosyonel ve davranışsal alanlardaki rolünün ortaya konulabilmesi için daha geniş kapsamlı prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır

Anahtar Kelimeler: Opiyat Kullanım Bozukluğu, Üstbilişler, Dürtüsellik, Depresyon, Anksiyete, Aşerme

8. ABSTRACT

Objective: In this study we aimed to compare patients diagnosed with opioid use disorder and healthy adults in terms of metacognition, impulsivity and emotion; investigate their relations with substance craving in patients and apply these findings to our clinical practice for prevention and treatment purposes.

Method: This study was conducted in University of Akdeniz Alcohol and Substance Addiction Treatment and Research Center. 100 patients who were diagnosed with opioid use disorder according to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 5 (DSM-5) between the age of 18-40 were included in the study. Also 100 healthy individuals that has no history of substance use were matched according to age, gender and education levels as control group. All participants were given semi-structured Sociodemographic Data Forms, and self-reported Clinical Interview for DSM Disorders (SCID-I), Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11), Metacognition Questionnaire-30 (MCQ-30) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Additionally Substance Craving Scale (SCS) was applied to the patient group. Our study had cross-sectional and descriptive properties and data was analyzed using SPSS 22 (SPSS/IBM, Chicago, IL, USA).

Results: When compared in terms of metacognition, impulsivity and emotion, the patient group had significantly higher scores on all platforms than the control group. Opioid users had higher levels of impulsivity, metacognitive distortions and negative emotions. Upon investigation of the patient group, all fields of impulsivity were positively correlated with Cognitive Confidence and Need for Control while negatively correlated with Cognitive Self-Consciousness. The same relation was also concurred with anxiety levels and metacognitive distortions. Substance craving had a direct positive correlation with negative emotions and impulsivity, furthermore metacognitions were also indirectly related with craving via impulsivity levels.

Discussion: Findings of this study revealed that metacognitions to be of importance in the treatment of opioid use disorder. Furthermore impulsivity, negative emotions and craving also had substantial relationship with metacognitions in this patient population. Multi dimensional treatment approaches that include not only cognitive but metacognitive fields should be incorporated in the rehabilitation of opioid users. More wide-ranging prospective studies are needed in order to reveal the role of metacognition in other cognitive, emotional and behavioral fields of opiod and substance use.

Keywords: Opioid Use Disorder, Metacognition, Impulsivity, Depression, Anxiety, Craving

9. KAYNAKLAR

1. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617-627.
2. United Nations Office on Drugs and Crime. *World Drug Report*.; 2017
3. TUBİM. Türkiye Uyuşturucu Raporu 2017, Ankara.
4. Arıkan Z. Alkol kullanımına bağlı ruhsal ve davranışsal bozukluklar: Işık E, Taner E, Işık U (editörler). *Güncel Klinik Psikiyatri*. Ankara 2008; 317-335.
5. American Psychiatric Association., *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5*, 5th edition, Washington DC.
6. Spada MM, Wells A. A metacognitive model of problem drinking. *Clin Psychol Psychother*. 2009;16(5):383-393.
7. Spada MM, Nikčević A V., Moneta GB, Wells A. Metacognition as a mediator of the relationship between emotion and smoking dependence. *Addict Behav*. 2007;32(10):2120-2129.
8. Moneta GB, Metacognition, emotion, and alcohol dependence in college students: A moderated mediation model. *Addict Behav*. 2011;36(7):781-784.
9. Spada MM, Caselli G, Wells A. Metacognitions as a predictor of drinking status and level of alcohol use following CBT in problem drinkers: A prospective study. *Behav Res Ther*. 2009;47(10):882-886.
10. Saed O, Yaghubi H, Roshan R. The role of Meta-cognitive beliefs on substance dependency. *Procedia - Soc Behav Sci*. 2010;5(2):1676-1680.
11. Ortony A, Clore GL, Collins A. *The Cognitive Structure of Emotions*. Cambridge University Press; 1988.
12. Lazarus RS. *Emotion and Adaptation*. Oxford University Press; 1991.
13. Beck AT. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Universities Press; 1976.
14. Fisher P, Wells A. *Metacognitive Therapy : Distinctive Features*. Routledge;

2009.

15. Garner R, Alexander PA. Metacognition: Answered and Unanswered Questions. *Educ Psychol.* 1989;24(2):143-158.
16. Karakelle S. Üst Biliş Hakkında Bir Gözden Geçirme : Üstbiliş Çalışmaları mı Yoksa Üst Bilişsel Yaklaşım mı ? 2010;13(26):45-60.
17. Hacker DJ, Dunlosky J, Graesser AC. Metacognition in Educational Theory and Practice. L. Erlbaum Associates; 1998.
18. Cox MT. Metacognition in computation: A selected research review. *Artif Intell.* 2005;169(2):104-141.
19. Dunlosky J, Metcalfe J. Metacognition. SAGE; 2009.
20. Pintrich PR. The Role of Metacognitive Knowledge in Learning, Teaching, and Assessing. 1999.
21. Nelson TO, Stuart RB, Howard C, Crowley M. Metacognition and clinical psychology: a preliminary framework for research and practice. *Clin Psychol Psychother.* 1999;6(2):73-79.
22. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behav Res Ther.* 1996;34(11-12):881-888.
23. Wells A. Emotional Disorders and Metacognition : Innovative Cognitive Therapy. John Wiley & Sons; 2000.
24. Sadock, BJ., Virginia A. Sadock, and Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/clinical Psychiatry. Eleventh edition. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2015
25. Jones SR, Fernyhough C. The roles of thought suppression and metacognitive beliefs in proneness to auditory verbal hallucinations in a non-clinical sample. *Pers Individ Dif.* 2006;41(8):1421-1432.
26. Papageorgiou C, Wells A. Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cogn Behav Pract.* 2001;8(2):160-164.
27. Wells A, Matthews G. Self-consciousness and cognitive failures as predictors of coping in stressful episodes. *Cogn Emot.* 1994;8(3):279-295.
28. Fernie BA, Spada MM, Nikčević A V., Georgiou GA, Moneta GB. Metacognitive Beliefs About Procrastination: Development and Concurrent Validity of a Self-Report Questionnaire. *J Cogn Psychother.*

- 2009;23(4):283-293.
29. Tosun A, Irak M. Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. Türk Psikiyatr Derg. 2008;19(1):67-80.
 30. Yılmaz AE, Gençöz T, Wells A. Psychometric characteristics of the Penn State Worry Questionnaire and Metacognitions Questionnaire-30 and metacognitive predictors of worry and obsessive-compulsive symptoms in a Turkish sample. Clin Psychol Psychother. 2008;15(6):424-439.
 31. Moritz S, Woodward TS. Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. Curr Opin Psychiatry. 2007;20(6):619-625.
 32. Purdon C, Clark DA. Metacognition and obsessions. Clin Psychol Psychother. 1999;6(2):102-110.
 33. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. Behav Res Ther. 2004;42(4):385-396.
 34. Panayırıcı PB. Obsesif kompulsif belirtilerin yordanmasında algılanan ebeveynlik biçimleri, üstbilişsel inançlar, obsesif inançlar ve düşünce kontrol yöntemlerinin rolü: üstbilişselmodel çerçevesinde bir inceleme, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı. 2012.
 35. Liu S, Lane SD, Schmitz JM, Waters AJ, Cunningham KA, Moeller FG. Relationship between attentional bias to cocaine-related stimuli and impulsivity in cocaine-dependent subjects. Am J Drug Alcohol Abuse. 2011;37(2):117-122.
 36. Evenden JL. Varieties of impulsivity. Psychopharmacology (Berl). 1999;146(4):348-361.
 37. Barratt ES. The biological basis of impulsiveness: the significance of timing and rhythm disorders. Pers Individ Dif. 1983;4(4):387-391.
 38. Jakubczyk A, Klimkiewicz A, Topolewska-Wochowska A, et al. Relationships of impulsiveness and depressive symptoms in alcohol dependence. J Affect Disord. 2012;136(3):841-847.

39. Ho M-Y, Mobini S, Chiang T-J, Bradshaw CM, Szabadi E. Theory and method in the quantitative analysis of "impulsive choice" behaviour: implications for psychopharmacology. *Psychopharmacology (Berl)*. 1999;146(4):362-372.
40. Kagan J. *Galen's Prophecy : Temperament in Human Nature*. Basic Books; 1994.
41. TP, Pérez San Gregorio M de los A, Martín Rodríguez A, Galán Rodríguez A, Borda Mas M de las M. Variables Psicosociales Que Predicen La Supervivencia En Los Trasplantados. Consejo General de la Psicología de España; 2009.
42. Dickman SJ. Functional and dysfunctional impulsivity: personality and cognitive correlates. *J Pers Soc Psychol*. 1990;58(1):95-102.
43. Caplan B, Shechter J. Clinical applications of the matching familiar figures test: Impulsivity vs. unilateral neglect. *J Clin Psychol*. 1990;46(1):60-67.
44. Pallier G, Wilkinson R, Danthiir V, et al. The Role of Individual Differences in the Accuracy of Confidence Judgments. *J Gen Psychol*. 2002;129(3):257-299.
45. Corr PJ, Kumari V. Impulsivity, Time of Day, and Stress: Effects on Intelligence Test Performance. *J Res Pers*. 1998;32:1-12.
46. Folkman S, Moskowitz JT. Positive affect and the other side of coping. *Am Psychol*. 2000;55(6):647-654.
47. Swann AC, Gerard Moeller F, Steinberg JL, Schneider L, Barratt ES, Dougherty DM. Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episodes. *Bipolar Disord*. 2007;9(3):206-212.
48. Najt P, Perez J, Sanches M, Peluso M, Glahn D, Soares J. Impulsivity and bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2007;17(5):313-320.
49. Chamorro J, Bernardi S, Potenza MN, et al. Impulsivity in the general population: A national study. *J Psychiatr Res*. 2012;46(8):994-1001. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.04.023
50. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric Aspects of Impulsivity. *Am J Psychiatry*. 2001;158(11):1783-1793.

51. Kashefi T. Comparison of Metacognitive Beliefs and the Amount the Sensation Seeking in Addicted and Normal People. *Zahedan J Res Med Sci.* 2014;16(5):79-82.
52. Mitchell SH. Measures of impulsivity in cigarette smokers and non-smokers. *Psychopharmacology (Berl).* 1999;146(4):455-464.
53. Skinner MD, Aubin H-J, Berlin I. Impulsivity in smoking, nonsmoking, and ex-smoking alcoholics. *Addict Behav.* 2004;29(5):973-978.
54. Bickel WK, Odum AL, Madden GJ. Impulsivity and cigarette smoking: delay discounting in current, never, and ex-smokers. *Psychopharmacology (Berl).* 1999;146(4):447-454.
55. Zincir N, Sunbul E, Kaymak E, Kaymak E. Relationship between nicotine dependence levels and temperament and character traits in adults with cigarettes smoking and their effects on smoking behavior. *J Mood Disord.* 2012;2(4):1.
56. Moreno MA, Christakis DA, Egan KG, Brockman LN, Becker T, Moreno M. Associations between displayed alcohol references on Facebook and problem drinking among college students. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2012;166(2):157-163.
57. Bernstein MH, McSheffrey SN, van den Berg JJ, et al. The association between impulsivity and alcohol/drug use among prison inmates. *Addict Behav.* 2015;42:140-143.
58. Uzbay İT., Yüksel N. Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı. In: *Psikofarmakoloji.* N. Yüksel (Ed.), Yenilenmiş 2. Baskı. Çizgi Tıp Kitabevi, Ankara; 2003:485-520.
59. Ögel K. Madde Kullanımı ve Bağımlılığın Nedenleri, Sigara, Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. Yeniden Yayınları, İstanbul; 2010.
60. Özden S. Uyuşturucu Madde Bağımlılığı. Nobel Tıp Kitapevleri İstanbul; 2004.
61. Kranzler HR, Ciraulo DA, Zindel LR, American Psychiatric Association. *Clinical Manual of Addiction Psychopharmacology.* IQ Kültür Sanat Yayıncılık; 2014.

62. Schwartz RH, Gruenewald PJ, Klitzner M, Fedio P. Short-term Memory Impairment in Cannabis-Dependent Adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1989;143(10):1214.
63. Kumar RN, Chambers WA, Pertwee RG. Pharmacological actions and therapeutic uses of cannabis and cannabinoids. *Anaesthesia.* 2001;56(11):1059-1068.
64. Jager G, Ramsey NF. Long-term consequences of adolescent cannabis exposure on the development of cognition, brain structure and function: an overview of animal and human research. *Curr Drug Abuse Rev.* 2008;1(2):114-123.
65. Yılların Krizi Cüneyt Evren S, Bozkurt M. Sentetik Kannabinoidler. *Düşünen Adam J Psychiatry Neurol Sci Editor Düşünen Adam J Psychiatry Neurol Sci.* 2013;2626(1):1-11.
66. Vandrey R, Dunn KE, Fry JA, Girling ER. A survey study to characterize use of Spice products (synthetic cannabinoids). *Drug Alcohol Depend.* 2012;120(1-3):238-241.
67. McCarberg BH, Barkin RL. The Future of Cannabinoids as Analgesic Agents: A Pharmacologic, Pharmacokinetic, and Pharmacodynamic Overview. *Am J Ther.* 2007;14(5):475-483.
68. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. Bakanlık Y. Ankara; Pozitif Matbaa; 2012.
69. R. Shiloh DN. *Atlas of Psychiatric Pharmacotherapy.* Vol 176. Cambridge University Press; 2000.
70. Vocci FJ, Montoya ID. Psychological treatments for stimulant misuse, comparing and contrasting those for amphetamine dependence and those for cocaine dependence. *Curr Opin Psychiatry.* 2009;22(3):263-268.
71. Marona-Lewicka D, Nichols DE. Complex stimulus properties of LSD: a drug discrimination study with alpha 2-adrenoceptor agonists and antagonists. *Psychopharmacology (Berl).* 1995;120(4):384-391.
72. Hoffman BH MR. *Case Studies in Environmental Medicine.*; 1993.
73. Filip M, Frankowska M, Zaniowska M, Gołda A, Przeglasiński E. The

- serotonergic system and its role in cocaine addiction. *Pharmacol Rep.* 2005;57(6):685-700.
74. Kavanagh DJ, Andrade J, May J. Imaginary Relish and Exquisite Torture: The Elaborated Intrusion Theory of Desire. *Psychol Rev.* 2005;112(2):446-467
75. Gürpınar D, Tokuçoğlu L, Bağımlılık yapan maddeleri kullanmak için duyulan arzu ve bu maddeler ile ilgili rüyalar. *Özel Bağımlılık Sağlık Hizmetleri Ltd*; 2006.
76. Caselli G, Spada MM. Metacognitions in Desire Thinking: A Preliminary Investigation. *Behav Cogn Psychother.* 2010;38(5):629-637.
77. Caselli G, Spada MM. The Desire Thinking Questionnaire: Development and psychometric properties. *Addict Behav.* 2011;36(11):1061-1067.
78. Abdollahi M, Towhidi A, Hossainchari M. Impact of Metacognition Training On Males' Metacognition and Their Disposition towards Substance Abuse. *Pract Clin Psychol J.* 2015;3(2):95-106.
79. Babaei S, Gharechahi M, Hatami Z, Ranjbar Varandi S. Metacognition and Body Image in Predicting Alexithymia in Substance Abusers. *Int J High Risk Behav Addict.* 2015;4(3):e25775-e25775.
80. Spada MM, Caselli G, Manfredi C, et al. Parental Overprotection and Metacognitions as Predictors of Worry and Anxiety. *Behav Cogn Psychother.* 2012;40(3):287-296.
81. Michael B., Spitzer, Robert L, Gibbon Miriam, and Williams JB. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV). Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.,; 1996.
82. Barratt ES. Anxiety and Impulsiveness Related to Psychomotor Efficiency. *Percept Mot Skills.* 1959;9(3):191-198.
83. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol.* 1995;51(6):768-774.
84. Güleç H, Tamam L, Güleç MY, Turhan M, Karakuş G ZM. Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BIS-11)'in Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Klin Psikofarmakol Bülteni.* 2008;(18):251-258.

85. Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: the Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disord.* 1997;11(3):279-296.
86. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-370.
87. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L KS. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatr Derg.* 1997;(8141):280-287.
88. Flannery BA, Volpicelli JR, Pettinati HM. Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale. *Alcohol Clin Exp Res.* 1999;23(8):1289-1295.
89. C Evren, B Flannery, R Çelik, M Durkaya ED. Penn Alkol Aşırma Ölçeği (PAAÖ) Türkçe Şeklinin Yatarak Tedavi Gören Erkek Alkol Bağımlısı Hastalarda Geçerliliği ve Güvenirliği. *Bağımlılık Derg.* 2008;(9):128-134.
90. Evren C, Gürol DT ÖK. Reliability and validity of the Penn Alcohol Craving Scale (PACS) Revised Version for substance craving in male substance dependent inpatients. *Türk Psikiyatr Derg.* 2011;(22):70.
91. Bulut M, Cansel N, Selek S, Yumru M. Gaziantep Üniversitesi Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Birimine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri. *Bağımlılık Dergisi.* 2006;90(342):65-70.
92. Doğanavşargil GÖ, Sertöz, Özen Ö, Coşkunol H, Şen G. EÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı Bağımlılık Tedavi Biriminin Hasta Verilerinin On Yıllık Geriye Dönük Olarak İncelenmesi: Madde Kullanan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri. *Bağımlılık Dergisi,* 2004,5(3):115-120
93. Evren C, Saatçioğlu Ö, Evren B, Yancar C, Erken B, Çakmak D. Madde Kullanım Bozukluğunda Cinsiyet Farklılığı: AMATEM'e Yatan Hasta Verilerinin İncelenmesi. *Düşünen Adam.* 2003;3(16):132-138.
94. Çakmak D EC. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. İstanbul. Özgül Matbaacılık; 2006.
95. Irak M, Çapan D, Soylu C, Üniversitesi B. Üstbilişsel Süreçlerde Yaşa Bağlı Değişiklikler. 2015;30(75):64-75.
96. Palmer EC, David AS, Fleming SM. Effects of age on metacognitive

- efficiency. *Conscious Cogn.* 2014;28(100):151-160.
97. Arıkan Z, Coşar B, Işık A. Yarı kentsel bir bölgede alkolizm prevelansı. *Kriz dergisi, III Psikiyatr sempozyumu özel sayısı Alkol Madde Bağımlılığı.* 1996;4(2):93-100.
98. Türkcan A. Türkiye’de Madde Kullananlar ın Profili: Hastane verilerinin incelenmesi. *Düşünen Adam.* 1998;3(11):56-64.
99. AMATEM ve HIV: Türkiye’de Madde Kullanımına İlişkin İkinci El Verilerinin Değerlendirilmesi. İstanbul’da Madde Kullanımının Doğası ve Boyutları. İstanbul; 1996.
100. Geçici Ö, Nebioğlu M, Yalnız H, Güven F. Opiyat bağımlılarında diğer maddelerin kullanımı ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *TAF Prev Med Bull.* 2013;12(1):35-42.
101. Quello SB, Brady KT, Sonne SC. Mood disorders and substance use disorder: a complex comorbidity. *Sci Pract Perspect.* 2005;3(1):13-21.
102. Smith JP, Book SW. Anxiety and Substance Use Disorders: A Review. *Psychiatr Times.* 2008;25(10):19-23.
103. Stewart SH, Conrod PJ, eds. Anxiety and Substance Use Disorders. Boston, MA: Springer US; 2008.
104. Lee K-H, Lin H-C, Wang P-W, Yen C-F. An integrated model of depression, compulsion, and mindfulness among heroin abusers in Taiwan. *Am J Addict.* 2016;25(3):227-232.
105. Blum J, Gerber H, Gerhard U, et al. Acute effects of heroin on emotions in heroin-dependent patients. *Am J Addict.* 2013;22(6):598-604.
106. Miguel Ángel PN, Marta M^a RD, Leticia LM, Nereida B. Metacognitive Beliefs and Strategies of Control Thought in GAD and OCD. *Clínica y Salud.* 2010;21(2):159-166.
107. Köseoğlu F, Kuloğlu MM. Major depresif bozukluk ve panik bozukluk hastalarında üstbiliş işlevlerinin değerlendirilmesi. *Elazığ,* 2013.
108. Spada MM, Wells A. Metacognitions, emotion and alcohol use. *Clin Psychol Psychother.* 2005;12(2):150-155.
109. Yarış S. the Mediating Role of Metacognition on the Relationship. 2010;4(1):91-102.

110. Kuştepe A, Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde dürtüsellik ve karmaşık dikkat işlevlerinin incelenmesi.2017.
111. Guillot CR, Pang RD, Leventhal AM. Anxiety Sensitivity and Negative Urgency. *J Addict Med.* 2014;8(3):189-194.
112. Apter A, van Praag HM, Plutchik R, Sevy S, Korn M, Brown SL. Interrelationships among anxiety, aggression, impulsivity, and mood: a serotonergically linked cluster? *Psychiatry Res.* 1990;32(2):191-199.
113. Tziortzis D, Mahoney JJ, Kalechstein AD, Newton TF, La Garza R De. The relationship between impulsivity and craving in cocaine- and methamphetamine-dependent volunteers. *Pharmacol Biochem Behav.* 2011;98(2):196-202.
114. Joos L, Goudriaan AE, Schmaal L, et al. The relationship between impulsivity and craving in alcohol dependent patients. *Psychopharmacology (Berl).* 2013;226(2):273-283.
115. MacKillop J, De Wit H. *The Wiley-Blackwell Handbook of Addiction Psychopharmacology.* Wiley; 2012.
116. Doran N, Spring B, McChargue D. Effect of impulsivity on craving and behavioral reactivity to smoking cues. *Psychopharmacology (Berl).* 2007;194(2):279-288.
117. Caltabiano ML, Ricciardelli LA. Applied topics in health psychology. *Clin Psychol.* 2014;18(3):135-135.
118. Dragan M. Difficulties in emotion regulation and problem drinking in young women: The mediating effect of metacognitions about alcohol use. *Addict Behav.* 2015;48:30-35.
119. Tuna ZO, Olcay Z. Üniversite öğrencilerinde riskli davranışların dürtüsellik ve üstbilişsel inançlar ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2015; 16:189-197
120. Toneatto T. A metacognitive analysis of craving: implications for treatment. *J Clin Psychol.* 1999;55(5):527-537.
121. Nosen E. Metacognition and cravings during smoking cessation. The University of British Columbia. Vancouver, 2012

10. EKLER

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Adı: "Opiyat Kullanım Bozukluğu Olan Hastalarda Üstbilişlerin Aşerme ve Duygudurum ile İlişkisi "

- a. Araştırmanın İçeriği: Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezine başvuran Opiyat Kullanım Bozukluğu (Eroiin Bağımlısı) tanısı alan ve başka herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 18-40 yaş arası kişiler ile sağlıklı kişiler çalışmaya alınacaktır. Hastalar ve sağlıklı kişiler ile bir kez görüşme yapılacak ve ölçekler [Sosyodemografik Veri Formu, Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ), Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ), Penn Aşerme Ölçeği (PAÖ), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS)]verilecektir. Opiyat Kullanım Bozukluğu (Eroiin Bağımlısı) tanısı almış 18-40 yaş grubu hastaların üstbilişsel çarpıtmaları (düşünceler ile ilgili düşünme), agresyon (öfke) ve dürtüsellik (sonunu düşünmeden eyleme geçme) seviyeleri ve duygudurumları bu tanıyı almamış olan sağlıklı kişiler ile karşılaştırılacaktır.

Araştırmanın Amacı: Opiyat Kullanım Bozukluğu (Eroiin Bağımlısı) tanısı almış 18-40 yaş grubu kişilerin Alkol ve Madde Araştırma ve Uygulama Merkezine (AMBAUM) başvuran hastaların üstbilişlerinin, aşerme ve dürtüsellik derecelerinin ve duygudurumlarının tespiti ve bunların oluşan kontrol grubu ile karşılaştırılması; verilerin istatistiksel analizinin sağlanması ve üstbilişlerde saptanan çarpıtmaların koruma ve tedavi hizmetleri için klinik pratiğimizde ele alınmasıdır.

b. Araştırmanın Nedeni:

() Bilimsel araştırma

(x) Tez çalışması

c. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 18 ay

d. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 200

e. Araştırmada* İzlenecek Deneysel İşlemler: Deneysel işlem yapılmayacaktır.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Herhangi bir risk ya da zarar söz konusu değildir.

1. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar: Opiyat Kullanım Bozukluğu olanlarda üstbilişsel çarpıtmalar, dürtüsellik, agresyon gibi özelliklerin düzeyini görmek ve bunların hastaların tedavi ve takiplerinde yarattığı sorunları tespit etmek ve tedavi anlamında bu noktaların üzerinde daha fazla durulması gerektiğini saptamak hedeflenmiştir.

2. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: .Dr. Şima Ceren Pak

Telefon: 0536 973 63 13

3. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Dr.Şima Ceren Pak tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

4. Araştırma Giderleri: Araştırmanın herhangi bir gideri yoktur

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

5. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.**
- b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.**
- c. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.**

- d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

6. Gizlilik:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

7. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ALKOL VE
MADDE BAĞIMLILIĞI ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU**

Tarih:
Görüşen doktor:

HASTANIN;
Adı Soyadı:
Dosya no:
Cinsiyeti: E/K
Doğum yeri:
Yaşı:
Medeni durumu: Evli/Bekar/ Ayrılmış
Askerlik durumu (erkek hastalar için): yaptı/yapmadı
Askerde disiplin cezası: evet/hayır
Yaşam biçimi: yalnız/ailesiyle/ sokakta/ cezaevinde/bakımevinde
Eğitim durumu: eğitimsiz/ okuma yazma biliyor/ ilköğretim/ lise/ üniversite
İş durumu: çalışıyor/çalışmıyor

Kim ile geldi: yalnız/ ailesiyle/ arkadaşlarıyla/ kolluk kuvvetleriyle

Geliş şikayeti:

Öykü:

Aylık geliri:
Aylık madde masrafı:

Aile ilişkileri nasıl?: İyi/orta/kötü/görüşmüyor
Ailede başka bağımlı var mı?: Var/yok Varsa
kim ve ne kullanıyor?

Kullandığı madde: Kullanım yolu sıklık dozu kull süresi

Eroin iv/iv değil

Çoklu madde var mı? Var/yok

Esrar
Uçucular
Halüsinojenler
Hipnotik/sedatifler
Uyarıcılar
Kokain
Sentetik kannabinoid
Diğer

Intravenöz yolla kullanıyor ise ne kadar süredir bu yolla kullanıyor:
Damar yolu ile bulaşan bir enfeksiyon hastalığı varmı (HBV, HCV, HIV): var/yok

Daha önce tedavi görmüş mü: evet/ hayır

Hiç adli olay varmı?: var/yok Hiç

cezaevine girmiş mi? evet/hayır

İntihar girişimi var mı?: var/yok

Self mutilatif davranış?: var/yok

Dövme?:var/yok Psikiyatrik

başvuru?: var/yok

EK V: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS)

Hasta adı soyadı:

Tarih:

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- ☐Çoğu zaman
☐Birçok zaman
☐Zaman zaman, bazen
☐Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐Aynı eskisi kadar
☐Pek eskisi kadar değil
☐Yalnızca biraz eskisi kadar
☐Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü birşey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
☐Evet, ama çok da şiddetli değil
☐Biraz, ama beni endişelendirmiyor.
☐Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐Her zaman olduğu kadar ☐Şimdi pek o kadar değil ☐Şimdi kesinlikle o kadar değil ☐Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐Çoğu zaman
☐Birçok zaman
☐Zaman zaman, ama çok sık değil
☐Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐Hiçbir zaman
☐Sık değil
☐Bazen
☐Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐Kesinlikle
☐Genellikle ☐Sık değil
☐Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐Hemen hemen her zaman
☐Çok sık
☐Bazen
☐Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- ☐Hiçbir zaman
- ☐Bazen
- ☐Oldukça sık
- ☐Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle
- ☐Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- ☐Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- ☐Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- ☐Gerçekten de çok fazla
- ☐Oldukça fazla ☐Çok fazla değil ☐Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐Her zaman olduğu kadar ☐Her zamankinden biraz daha az ☐Her zamankinden kesinlikle daha az ☐Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐Gerçekten de çok sık
- ☐Oldukça sık ☐Çok sık değil ☐Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- ☐Sıklıkla
- ☐Bazen ☐Pek sık değil ☐Çok seyrek

Bu anket kişilerin kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını incelemektedir. Aşağıda bireyler tarafından ifade edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığınızı uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz (1: kesinlikle katılmıyorum; 2: kısmen katılmıyorum; 3 kısmen katılıyorum; 4: kesinlikle katılıyorum). Lütfen tüm maddeleri cevaplandırınız. Bu ankette doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.

	Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Endişelenmem benim için tehlikelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Eğer beni endişelendiren bir düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Düşüncelerimi izlerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Belleğim zaman zaman beni yanıltır.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Endişelerim beni delirtebilir.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Düşündüğümün her an farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Zayıf bir belleğim vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeme yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Belirli şeyleri düşünmek kötüdür.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Belleğime güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm	(1)	(2)	(3)	(4)

Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11 Türkçe Versiyonu

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun durum için X işareti koyunuz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	Nadiren/ Hiçbir zaman (1)	Bazen (2)	Sıklıkla (3)	Hemen her zaman/ Her zaman (4)
1. İşlerimi dikkatle planlarım				
2. Düşünmeden iş yaparım				
3. Hızla karar veririm				
4. Hiçbir şeyi dert etmem				
5. Dikkat etmem				
6. Uçuşan düşüncelerim var				
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım				
8. Kendimi kontrol edebilirim				
9. Kolayca konsantre olurum				
10. Düzenli para biriktirim				
11. Derslerde ve oyunlarda yerimde duramam				
12. Dikkatli düşünen birisiyim				
13. İş güvenliğine dikkat ederim				
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim				
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim				
16. Sık sık iş değiştiririm				
17. Düşünmeden hareket ederim				
18. Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım				
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim				
20. Düşünerek hareket ederim				
21. Sıklıkla evimi değiştiririm				
22. Düşünmeden alışveriş yaparım				
23. Aynı anda sadece birtek şey düşünebilirim				
24. Hobilerimi değiştiririm				
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım				
26. Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur				
27. Gelecekte daha çok şu an ile ilgilenirim				
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam				
29. Yap-boz/puzzle çözmeyi severim				
30. Geleceğini düşünen birisiyim				

PENN MADDE AŞERME ÖLÇEĞİ (PMAÖ)

Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyun ve geçtiğimiz hafta süresince madde aşermenizi (madde kullanma isteğinizi) en iyi tanımlayan sayıyı daire içine alın.

1. Geçtiğimiz hafta içinde, madde kullanmak ile ilgili ya da madde kullanmanın sizi ne kadar iyi hissettireceği ile ilgili ne sıklıkta düşündünüz?
0.... Hiç (geçtiğimiz hafta içinde 0 kez)
1.... Nadiren (geçtiğimiz hafta içinde 1 ila 2 kez)
2.... Ara sıra (geçtiğimiz hafta içinde 3 ila 4 kez)
3.... Bazen (geçtiğimiz hafta içinde 5 ila 10 kez veya günde 1 ila 2 kez)
4.... Sıklıkla (geçtiğimiz hafta içinde 11 ila 20 kez veya günde 2 ila 3 kez)
5.... Çoğu zaman (geçtiğimiz hafta içinde 20 ila 40 kez veya günde 3 ila 6 kez)
6.... Neredeyse her zaman (geçtiğimiz hafta içinde 40 kez den fazla veya günde 6 kez den fazla)
2. Geçtiğimiz hafta içinde, en şiddetli noktasında, madde aşermeniz ne kadar güçlüydü?
0.... Hiç değildi
1.... önemsenecek düzeyde, yani çok hafif istek
2.... Hafif istek
3.... Orta düzeyde istek
4.... Güçlü istek, fakat kolaylıkla kontrol edildi
5.... Güçlü istek ve kontrol edilmesi zor
6.... Güçlü istek ve eğer elde edilebilir olsaydı madde kullanmış olurum
3. Geçtiğimiz hafta içinde, madde kullanmak ile ilgili ya da içmenin sizi ne kadar iyi hissettireceği ile ilgili düşünmeye ne kadar zaman harcadınız?
0... Hiç
1... 20 dakikadan az
2... 21-45 dakika
3... 46-90 dakika
4... 90 dakika -3 saat
5... 3 ila 6 saat arası
6... 6 saatten daha fazla
4. Geçtiğimiz hafta içinde, eğer evinizde madde olduğunu bilseydiniz madde kullanmaya karşı direnmek ne kadar zor olurdu?
0.... Hiç zor olmazdı
1.... Çok hafif zor
2.... Hafif zor
3.... Orta zorlukta
4.... Çok zor
5.... Aşırı zor
6.... Karşı koyamazdım
5. Önceki sorulara cevaplarınızı aklınızda tutarak, lütfen geçen hafta için genel ortalama madde aşermenizi değerlendirin.
0.... Hiç içme düşüncem olmadı ve hiç madde kullanma isteğim olmadı.
1.... Nadiren madde kullanmayla ilgili düşündüm ve nadiren madde kullanma isteğim oldu
2.... Ara sıra madde kullanmayla ilgili düşündüm ve ara sıra madde kullanma isteğim oldu •
3.... Bazen madde kullanmayla ilgili düşündüm ve bazen madde kullanma isteğim oldu
4.... Sıklıkla madde kullanmayla ilgili düşündüm ve sıklıkla madde kullanma isteğim oldu
5.... Çoğu zaman madde kullanmayla ilgili düşündüm ve çoğu zaman madde kullanma isteği oldu
6.... Neredeyse her zaman içmeyle ilgili düşündüm ve neredeyse her zaman içme isteğim oldu
Açıklama: Bir önceki hafta için alkol aşerme şiddetini (sıklık, yoğunluk, süre, direnme ve genel aşerme) değerlendiren 5 maddelik öz bildirime dayalı bir soru formudur. Her madde ayrı ayrı değerlendirilebileceği gibi (0 ila 6 puan arasında) toplam puan üzerinden de (0 ila 30 puan arasında) değerlendirme yapılabilir.

DSM-IV EKSEN I BOZUKLUKLARI İÇİN
YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME

PUANLAMA CETVELİ



SCID-I

KLİNİK VERSİYON

Michael B. First, M.D.
Robert L. Spitzer, M.D.
Miriam Gibbon, M.S.W.
Janet B. W. Williams, D.S.W.

Biometrics Research Department
New York State Psychiatric Institute
Department of Psychiatry
Columbia University
New York, New York

Hastanın adı: _____

Kayıt Numarası: _____ Değerlendirme Tarihi: _____

Doktor: _____

Bilgi kaynakları (tüm başvuruları kontrol ediniz):

- ☐ Hasta
- ☐ Aile/arkadaş/eşlik edenler
- ☐ Sağlık personeli
- ☐ Tıbbi kayıtlar

SCID-CV TANI ÖLÇÜTLERİ

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

Şu anda	Yaşam Boyu		Bipolar I Bozukluğu (D4. s. 36)
☐	☐	296.40	Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Hipomanik
☐	☐	296.0x	Bipolar I Bozukluğu, Tek Manik Epizod
☐	☐	296.4x	Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Manik
☐	☐	296.6x	Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Mikst
		296.5x	Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Depresif
			<i>belirleyiciyi beşinci-basamakta gösteriniz:</i>
		__ 1	Hafif
		__ 2	Orta Derecede
		__ 3	Psikotik Özellikler Olmayan, Ağır
		__ 4	Psikotik Özellikler Olan, Ağır
		__ 5	Kısmi Remisyonda
		__ 6	Tam Remisyonda
		__ 0	Belirlenmemiş
		296.7	Bipolar I Bozukluğu, En Son Epizod Belirlenmemiş
			Diğer Bipolar Bozukluklar
☐	☐	296.89	Bipolar II Bozukluğu (s. 37, D9)
			<i>belirleyicileri gösteriniz:</i>
		__	hipomanik
		__	depresif
☐	☐	301.13	Siklotimik Bozukluk (s. 37, D12)
☐	☐	296.80	BTA Bipolar Bozukluk (s. 37, D12)
			Majör Depresif Bozukluk (s. 38, D16)
☐	☐	296.2x	Majör Depresif Bozukluk, Tek Epizod
☐	☐	296.3x	Majör Depresif Bozukluk, Reküran
			<i>belirleyiciyi beşinci basamakta gösteriniz:</i>
		__ 1	Hafif
		__ 2	Orta Derecede
		__ 3	Psikotik Özellikler Olmayan, Ağır
		__ 4	Psikotik Özellikler Olan, Ağır
		__ 5	Kısmi Remisyonda
		__ 6	Tam Remisyonda
		__ 0	Belirlenmemiş
			Diğer Depresif Bozukluklar
☐		300.4	Distimik Bozukluk (s. 23, A60)
☐	☐	311	BTA Depresif Bozukluk (s. 39, D19)

Şu anda Yaşam Boyu

☐☐

Diğer Duygudurum Bozuklukları

293.82 Genel Tıbbi Duruma Bağlı Duygudurum Bozukluğu (s. 24, A64)

Genel Tıbbi Durumu Belirtiniz: _____

belirleyicileri gösteriniz:

___ Majör Depresif - benzeri Epizod

___ Diğer Depresif Semptomlar

___ Manik

___ Mikst

☐☐

291.8 Alkol Kullanımının Yol Açtığı Duygudurum Bozukluğu (s. 25, A69)

belirleyicileri gösteriniz:

___ Depresif

___ Manik

___ Mikst

☐☐

292.84 Diğer Bir Maddenin Yol Açtığı Duygudurum Bozukluğu (s. 25, A69)

Maddeyi Belirtiniz: _____

belirleyicileri gösteriniz:

___ Depresif

___ Manik

___ Mikst

ŞİZOFRENİ VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR

☐☐

Şizofreni (s. 29, C7)

belirleyicileri gösteriniz:

___ 295.30 Paranoid Tip (s. 30, C8)

___ 295.20 Katatonik Tip (s. 30, C9)

___ 295.10 Dezorganize Tip (s. 30, C10)

___ 295.90 Belirlenmemiş Tip (s. 30, C11)

___ 295.60 Rezidüel Tip (s. 30, C12)

☐☐

295.40 Şizofreniform Bozukluk (s. 30, C15)

☐☐

295.70 Şizoafektif Bozukluk (s. 31, C20)

☐☐

297.1 Sanrısız Bozukluk (s. 32, C26)

☐☐

298.8 Kısa Psikotik Bozukluk (s. 33, C31)

☐☐

293.81 Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikotik Bozukluk, Hezeyanlarla Giden (s. 34, C34)

Genel Tıbbi Durumu Belirtiniz: _____

☐☐

293.82 Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikotik Bozukluk, Hallüsinasyonlarla Giden (s. 34, C34)

Genel Tıbbi Durumu Belirtiniz: _____

☐☐

291.5 Alkol Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hezeyanlarla Giden (s. 35, C38)

☐☐

291.3 Alkol Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hallüsinasyonlarla Giden (s. 35, C38)

☐☐

292.11 Diğer Bir Maddenin Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hezeyanlarla Giden (s. 35, C38)

Maddeyi Belirtiniz: _____

☐☐

292.12 Diğer Bir Maddenin Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Hallüsinasyonlarla Giden (s. 35, C38)

Maddeyi Belirtiniz: _____

298.9 BTA Psikotik Bozukluk (s. 35, C39)

MADDE KULLANIMI İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Şu anda	Yaşam Boyu	Alkol Kullanım Bozuklukları
☐	☐	303.90 Alkol Bağımlılığı (s. 42, E15)
☐	☐	305.00 Alkol Kötüye Kullanımı (s. 42, E16)
		Diğer Maddelerin Kullanım Bozuklukları
☐	☐	304.90 Amfetamin Bağımlılığı (s. 46, E31)
☐	☐	304.30 Kannabis Bağımlılığı (s. 46, E31)
☐	☐	304.20 Kokain Bağımlılığı (s. 46, E31)
☐	☐	304.50 Hallüsinasyon Bağımlılığı (s. 46 E31)
☐	☐	304.60 İnhalan Bağımlılığı (s. 46 E31)
☐	☐	304.00 Opiyat Bağımlılığı (s. 46 E31)
☐	☐	304.60 Fensiklidin Bağımlılığı (s. 46 E31)
☐	☐	304.10 Sedatif, Hipnotik ve Anksiyolitik Bağımlılığı (s. 46 E31)
☐	☐	304.90 Diğer (ya da Bilinmeyen) Maddelerin Bağımlılığı (s. 46 E31)
☐	☐	305.70 Amfetamin Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
☐	☐	305.20 Kannabis Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
☐	☐	305.60 Kokain Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
☐	☐	305.30 Hallüsinojen Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
☐	☐	305.90 İnhalan Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
☐	☐	305.50 Opiyat Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
☐	☐	305.90 Fensiklidin Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
☐	☐	305.40 Sedatif, Hipnotik ya da Anksiyolitik Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)
☐	☐	305.90 Diğer (ya da Bilinmeyen) Maddelerin Kötüye Kullanımı (s. 46, E32)

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

☐	☐	300.21 Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu (s. 49, F23)
☐	☐	300.01 Agorafobi Olmadan Panik Bozukluğu (s. 49, F24)
☐	☐	300.03 Obsesif Kompulsif Bozukluk (s. 52, F38)
☐	☐	309.81 Posttravmatik Stres Bozukluğu (s. 56, F64)
☐	☐	300.0 BTA Anksiyete Bozukluğu (s. 57, F71)
☐	☐	293.84 Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu (s. 60, F86)

Genel Tıbbi Durumu Belirtiniz: _____

belirleyiciyi gösteriniz:

___ Yaygın Anksiyete ile Birlikte

___ Panik Ataklarıyla Birlikte

___ Obsesif Kompulsif Semptomlarla Birlikte

Şu anda Yaşam Boyu

☐☐

291.8 Alkol Kullanımının Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu (s. 62, F91)

belirleyiciyi gösteriniz:☐ Yaygın Anksiyete Gösteren☐ Panik Atakları Gösteren☐ Obsesif Kompulsif Semptomlar Gösteren☐ Fobik Semptomlar Gösteren☐☐

292.89 Diğer Maddelerin Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu (s. 62, F91)

*Maddeyi Belirtiniz:**belirleyiciyi gösteriniz:*☐ Yaygın Anksiyete Gösteren☐ Panik Atakları Gösteren☐ Obsesif Kompulsif Semptomlar Gösteren☐ Fobik Semptomlar Gösteren**Diğer Anksiyete Bozuklukları**☐☐

300.22 Panik Bozukluğu Öyküsü Olmadan Agorafobi (s. 56, F65)

☐☐

300.23 Sosyal Fobi (s. 56, F66)

☐☐

300.29 Özgül Fobi (s. 56, F67)

☐☐

300.02 Yaygın Anksiyete Bozukluğu (s. 56, F68)

SOMATOFORM BOZUKLUKLAR☐☐

300.81 Somatizasyon Bozukluğu (s. 58, F72)

☐☐

300.82 Parkılasmamış Somatoform Bozukluk (s. 58, F72)

☐☐

300.7 Hipokondriasis (s. 58, F73)

☐☐

300.7 Vücut Dismorfik Bozukluğu (s. 58, F74)

YEME BOZUKLUKLARI☐☐

307.1 Anoreksiya Nervoza (s. 58, F75)

☐☐

307.51 Bulimia Nervoza (s. 58, F76)

UYUM BOZUKLUKLARI☐☐

309.0 Depresif Duygudurum ile Giden Uyum Bozukluğu (s. 59, F82)

309.24 Anksiyete ile Giden Uyum Bozukluğu (s. 59, F82)

309.28 Karışık Anksiyete ve Depresif Duygudurum ile Giden Uyum Bozukluğu (s. 59, F82)

309.3 Davranım Bozukluğu ile Giden Uyum Bozukluğu (s. 59, F82)

309.4 Karışık Duygu ve Davranım Bozukluğu ile Giden Uyum Bozukluğu (s. 59, F82)

309.9 Belirlenmemiş Uyum Bozukluğu (s. 59, F82)

DİĞER DSM-IV EKSEN I BOZUKLUKLARI

Şu anda Yaşam Boyu

☐☐

Kodu ve tanıyı yazınız: _____

☐☐

Kodu ve tanıyı yazınız: _____

☐☐

Kodu ve tanıyı yazınız: _____

DSM-IV Eksen IV Psikososyal ve Çevresel Sorunlar Listesi

Kontrol:

☐ Birinci destek grubuyla olan sorunlar. *Belirtiniz:* _____☐ Toplumsal çevre ile ilişkili sorunlar. *Belirtiniz:* _____☐ Eğitim ile ilgili sorunlar. *Belirtiniz:* _____☐ Mesleki sorunlar. *Belirtiniz:* _____☐ Evle ilgili sorunlar. *Belirtiniz:* _____☐ Ekonomik sorunlar. *Belirtiniz:* _____☐ Sağlık birimlerine ulaşmak ile ilgili sorunlar. *Belirtiniz:* _____☐ Yasal sistemle etkileşimle ilgili sorunlar/suçlar. *Belirtiniz:* _____☐ Psikososyal ve çevresel diğer sorunlar. *Belirtiniz:* _____

İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD) Ölçeği

Mental sağlık-hastalık'ın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği gözönünde bulundurunuz. Fiziksel (ya da çevresel) kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmalarını bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

İGD değerlendirilmesi:

Şu anda: — —

geçen yıl — — —

Kod (Not: Uygun düştüğünde ara kodları da kullanınız, örn. 45, 68, 72.)

- 100 Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınca aranan biridir. Herhane bir semptomu yoktur.
- 91
- 90 Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. sınavdan önce hafif bir anksiyete duyma), tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması, çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar).
- 81
- 80 Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklenir tepkilerdir (örn. aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme); toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma olmasından daha ileri bir durum yoktur (örn. geçici olarak okulda geri kalma).
- 71
- 70 Birtakım hafif semptomlar (örn. depresif duygudurum ve hafif insomnia) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması (örn. ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür. anlamlı kişilerarası ilişkileri vardır.
- 61
- 60 Orta derecede semptomlar (örn. donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik atakları) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır (örn. az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile çatışmaları vardır).
- 51
- 50 Ağır semptomlar (örn. intihar düşünceleri, ağır obsesyonel törensel davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz).
- 41
- 40 Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. konuşması kimi zamanı mantıksız, çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) YA DA iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (örn. depresif bir kişi arkadaşlarından kaçır, ailesini ihmal eder ve çalışamaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşigeli ve okulda başarsızdır).
- 31
- 30 Davranışları hezeyanlar ve hallüsinasyonlardan oldukça etkilenir YA DA iletişim ya da yargıda ciddi bir bozukluk vardır (örn. bazen enkoherandır, ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır durur) YA DA hemen tüm alanlarda işlevsel değildir (örn. bütün gün yataktan çıkmaz; işi evi ya da arkadaşları yoktur).
- 21
- 20 Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (örn. açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur; manik ekstasyon) YA DA ara sıra kişisel bakımın en temel gereksinimleri bile yerine getiremez (örn. dışkı sürer) YA DA iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır (örn. ileri derecede enkoherandır ya da mutizmedir).
- 11
- 10 Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. yineleyen şiddet gösterileri) YA DA kişisel bakımın en temel gereksinimleri sürekli olarak yerine getiremez YA DA açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.
- 1
- 0 Bilgi yetersiz.